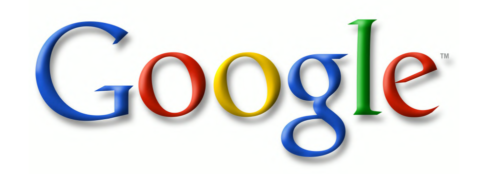


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

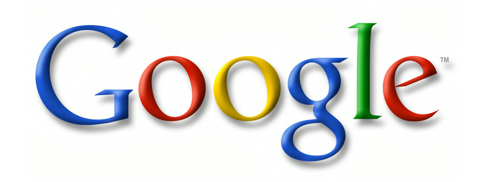
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le françoais, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

J. Barozzi

uel
e Gynécologie
Pratique

DEUXIÈME ÉDITION

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
N201 .B26 1918
Manuel de gynecologie pratique / prefa
24503432714

LANE

MEDICAL LIBRARY

SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885

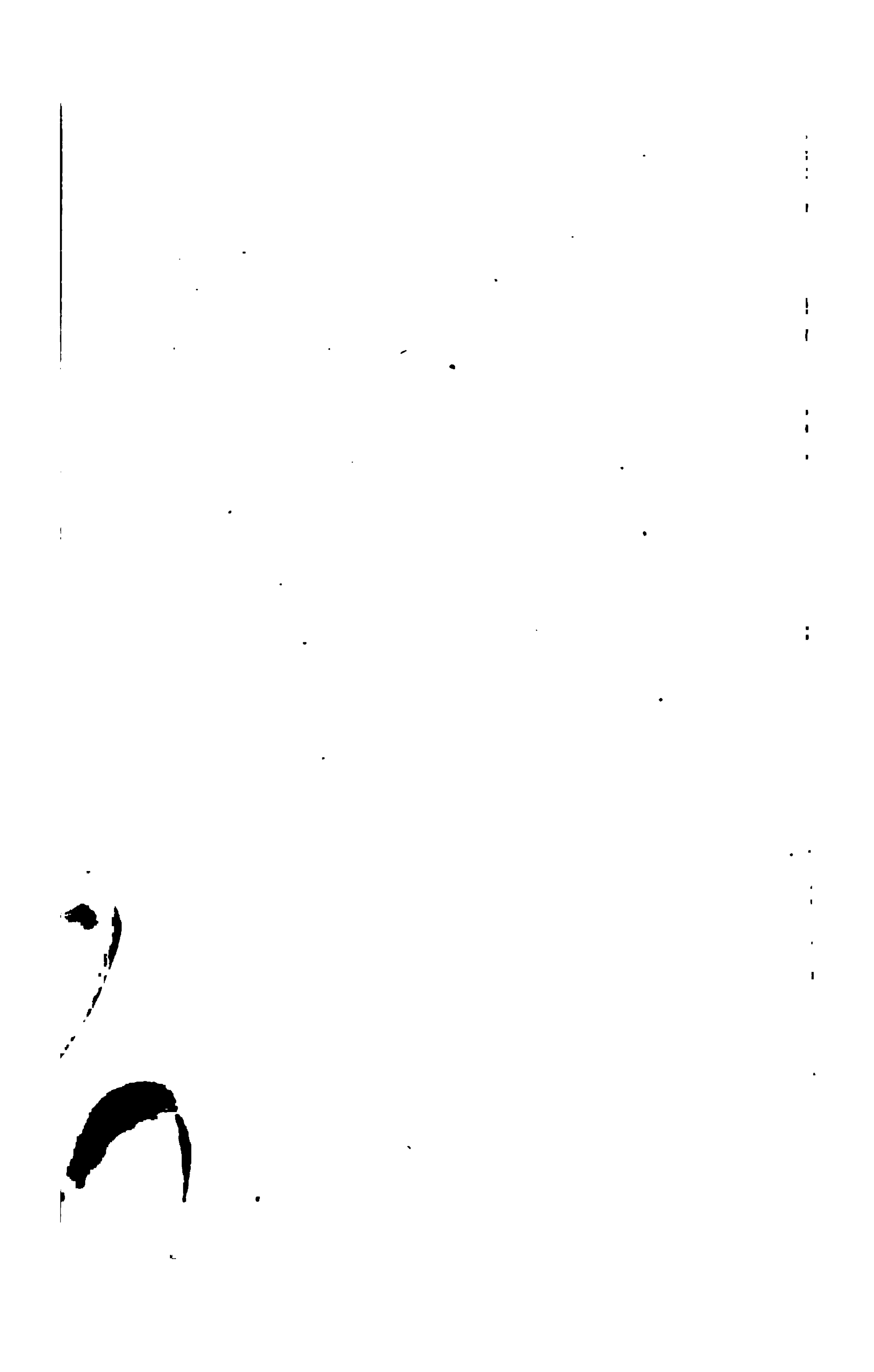
HENRY GIBBONS JUNIOR LIBRARY
OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

[redacted]



HENRY GIBBONS JUNIOR LIBRARY
OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY





MANUEL

DE

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

MANUEL
DE GYNÉCOLOGIE
PRATIQUE

PAR

J. BAROZZI

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE PARIS

PRÉFACE DE M. L.-G. RICHELOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

DEUXIÈME ÉDITION

220 figures dans le texte

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23
1918

K.2

Tous droits de traduction et de reproduction réservés
pour tous pays.

Copyright by Vigot Frères, 1918.



N201
E.26
1918

MON CHER AMI,

L'annonce d'un *Manuel de Gynécologie pratique*, signé de vous, ne peut me laisser indifférent. Vous avez été mon interne, et vous êtes resté mon ami. Je vous ai vu à l'œuvre, toujours actif et laborieux; j'ai eu des preuves multiples de votre dévouement aux malades et de votre zèle à vous instruire. Sur le terrain spécial où ce livre vous place, je connais de longue date votre compétence, car nous avons été collaborateurs et vous m'avez secondé merveilleusement, non seulement dans les travaux journaliers de la clinique, mais dans la préparation d'un autre livre qui est l'aîné de celui-ci, et qui, sans vous, n'aurait pas vu le jour. Vous avez fait là un effort qui a rendu ma tâche possible, en même temps qu'il vous a muni de tous ces documents qu'on laisse passer et devenir

46888

lettre morte, quand on n'a pas l'idée fixe de les réunir pour en faire un tout coordonné, un ouvrage durable. Aussi, l'apparition de ce *Manuel* me semble-t-elle la chose la plus naturelle du monde : elle est le résultat logique d'une série d'études dont j'ai été la cause provocatrice, et d'une éducation chirurgicale dont je suis un peu responsable.

En vous parlant ainsi, en vous montrant que ma sympathie pour votre travail est fondée à la fois sur sa valeur propre et sur un sentiment moins désintéressé, vous comprenez bien que je n'ôte rien à votre indépendance, à l'entière liberté de vos opinions, à l'originalité d'un livre qui vous appartient de la tête aux pieds et que votre maturité d'esprit, votre expérience d'écrivain vous permettaient d'entreprendre et d'achever sans rien demander à personne. Mais vous me pardonnerez si, en le lisant, j'y trouve un peu de moi-même, et si je lui ouvre les bras comme à un membre de ma famille.

Aussi bien, je crois voir que vous avez tenu à ne pas renier vos origines. Dans plus d'une page, je reconnais nos façons communes de penser et d'agir. C'est, de votre part, un amical hommage dont je suis fier et dont je vous remercie.

Mais vous savez aussi que je n'ai qu'une médiocre estime pour les esprits enclins à n'avoir d'autre opinion que celle de leur maître ; vous savez que votre fidélité à de vieux souvenirs d'études ne peut être pour

moi le principal titre de ce livre à l'attention des lecteurs. Sa rédaction claire et méthodique, sa documentation très soignée et très complète, malgré les limites que vous n'avez pas voulu dépasser, son actualité, son sens pratique, telles sont les qualités qui le recommandent et en feront pour les élèves un utile initiateur aux difficultés de la gynécologie, pour tous les médecins une source précieuse de renseignements.

L.-Gustave Richelot.

31 juillet 1906.



MANUEL DE GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

GÉNÉRALITÉS

DE LA STÉRILISATION

La stérilisation a pour but la destruction des microorganismes et des spores qui se trouvent à la surface des instruments ou dans les tissus (compresses, tampons) destinés à éponger le sang ou à panser les plaies opératoires. Tout objet, tout instrument dont on se servira au cours d'une intervention chirurgicale doit avoir été préalablement soumis à une stérilisation parfaite.

La stérilisation peut être réalisée de différentes manières, qui sont loin d'avoir, toutes, la même valeur.

Ainsi, la stérilisation par les *agents chimiques*, ou *antisepsie*, autrefois seule employée, ne compte plus guère de partisans aujourd'hui ; elle avait la prétention de tuer les germes au sein même des éléments anatomiques ; les instruments étaient soumis à un nettoyage très sommaire, et l'on pouvait presque se dispenser de se laver les mains puisqu'il suffisait, croyait-on, de toucher la plaie opératoire — n'importe quelle plaie — avec de l'eau phéniquée forte pour anéantir toutes les bactéries, tous les germes. Une longue série de désastres retentissants ne tarda pas à démontrer l'inanité de la doctrine antiseptique.

Aujourd'hui, la preuve est faite et bien faite : *la stérilisation absolue, parfaite, ne peut être réalisée que par la chaleur.* D'une autre part, au lieu de songer à détruire les microorganismes dans les tissus, dans les plaies, il est beaucoup plus sûr de les empêcher d'arriver jusque-là. Autrefois on faisait de l'*antisepsie*, aujourd'hui nous ne faisons plus que de

l'*asepsie :* au lieu de lutter contre l'invasion microbienne, nous la prévenons, nous l'empêchons de se manifester.

Dans les lignes qui vont suivre, nous n'aurons donc en vue que la *stérilisation par la chaleur*.

Nous avons dit plus haut que tous les procédés de stérilisation par la chaleur ne jouissaient pas de la même efficacité. En effet, la *stérilisation par l'ébullition* (à 100° ou 102°, 103°, si l'eau a été additionnée de certains sels, tels que le borax, le carbonate de soude, etc.) peut suffire dans la pratique courante ; l'eau bouillante tue la plupart des microbes pathogènes, mais elle est sans action sur certaines spores. Les objets (instruments, drains, compresses, etc.) soumis à l'ébullition ne sauraient être considérés comme parfaitement stériles. L'ébullition est donc un moyen souvent insuffisant et infidèle, lorsqu'il s'agit d'une opération sérieuse, comme, par exemple, une laparotomie.

Pour réaliser la stérilisation absolue, parfaite, il faut soumettre les instruments et objets de pansement à l'action de températures beaucoup plus élevées et pendant un laps de temps assez long, jamais inférieur à une heure. D'ailleurs, les conditions de la stérilisation ne sont pas les mêmes avec la *chaleur sèche* et la *chaleur humide*. Pour stériliser un objet, un instrument, par la chaleur sèche, il faut l'exposer à une température de 170° à 180°, et cela pendant au moins une heure, tandis qu'on obtient le même résultat avec une température humide de 125° à 135° pendant une heure également.

Pour stériliser à sec, on se sert de l'*étuve* de M. Poupinel, que nous décrivons plus loin, ou d'un appareil analogue construit d'après les mêmes principes. La stérilisation à la chaleur humide s'obtient au moyen de l'*autoclave*, dont le type classique est représenté par celui de M. Chamberland. Il se compose d'une marmite cylindrique en cuivre pouvant se fermer hermétiquement par un couvercle en bronze portant sur une rondelle en caoutchouc et maintenu par des boulons mobiles. Ce couvercle est muni d'un manomètre indiquant la pression et la température ; il porte aussi un robinet et une soupape de sûreté. La marmite est supportée par un manchon en tôle forte, à l'intérieur duquel sont

placées, au-dessous de la marmite, deux rampes à gaz circulaires, concentriques et indépendantes l'une de l'autre.

Au fond de cette marmite se trouve un support percé de trous sur lequel on met les paniers ou les boîtes contenant les instruments, les compresses, etc., destinés à être stérilisés ; au-dessous de ce support on met de l'eau, 1 à 2 litres, suivant la contenance de la marmite ; cette eau donnera la vapeur nécessaire à la stérilisation.

Pour faire marcher l'appareil. on place sur le support la boîte ou le panier contenant les instruments et autres objets, on ajoute le couvercle et on visse les boulons. Il ne faut jamais oublier de s'assurer qu'il y a, au fond de l'appareil, la quantité d'eau nécessaire. On ouvre le robinet et on allume la rampe à gaz. L'eau de la marmite entre en ébullition et la vapeur s'échappe. Quand ce jet de vapeur est bien homogène et que, par conséquent, il n'y a plus d'air dans la marmite, on visse les boulons à fond et on ferme le robinet. Avant de fermer définitivement celui-ci, il faut donner une ou deux détentes de vapeur d'eau, en ouvrant et en fermant le robinet deux ou trois fois.

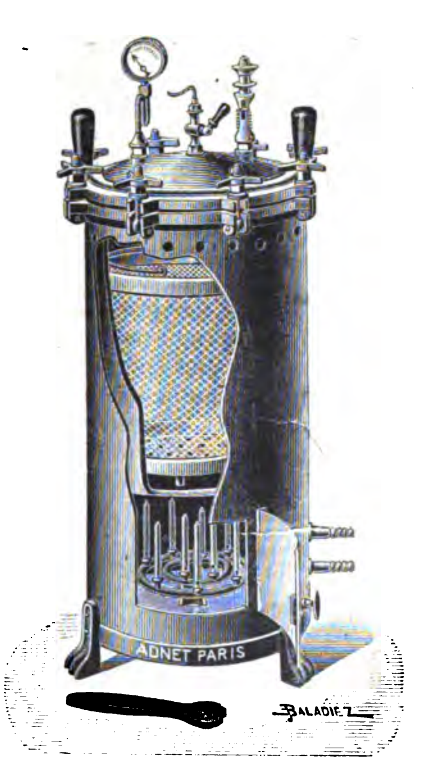
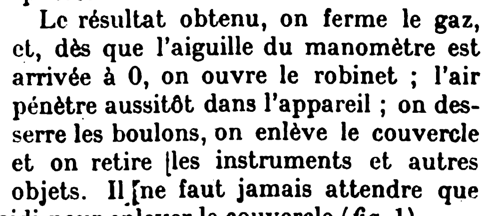


FIG. 1. — Autoclave de CHAMBERLAND.

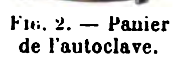
L'autoclave entre alors en pression et l'aiguille du manomètre monte lentement. Quand cette aiguille marque

2 atmosphères, on règle la flamme de la rampe en fermant plus ou moins le robinet de la conduite, de façon à avoir une température de 120 à 134°, température constante que l'on maintient pendant un quart d'heure, une demi-heure, une heure ou plus, suivant les cas.



Dès que la température est de 120 à 134°, le manomètre indique 2 à 3 atmosphères.

Le résultat obtenu, on ferme le gaz, et, dès que l'aiguille du manomètre est arrivée à 0, on ouvre le robinet ; l'air pénètre aussitôt dans l'appareil ; on desserre les boulons, on enlève le couvercle et on retire les instruments et autres objets. Il ne faut jamais attendre que l'appareil soit refroidi pour enlever le couvercle (*fig.* 1).


Fig. 2. — Panier de l'autoclave.

Nous verrons plus loin qu'on se sert aujourd'hui de l'autoclave pour stériliser les objets et les instruments *au moyen des vapeurs d'alcool, sous pression et à la température de* 120° *pendant une heure*. Ce mode de stérilisation serait le plus parfait de tous.



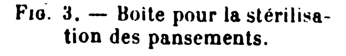

Fig. 3. — Boite pour la stérilisation des pansements.



Fig. 4. — Boites transportables pour la stérilisation des pansements.

Pour stériliser les instruments à l'autoclave, on les place, enveloppés dans une compresse de tarlatane, dans des paniers spéciaux en fil de fer (*fig.* 2); on peut aussi les placer dans des boîtes rectangulaires, si l'appareil est horizontal et de dimensions suffisantes ; pour les compresses, on se sert de boîtes métalliques pouvant fermer hermétiquement et perforées de plusieurs trous pour permettre à la vapeur d'eau ou d'alcool de pénétrer facilement et de circuler librement ; dans le même but, *on évitera de trop tasser les compresses* dans les boîtes que nous venons de décrire (*fig.* 3 et 4).

Stérilisation des instruments. — Dans les hôpitaux de Paris, on se sert beaucoup de l'*étuve* POUPINEL, qui est un procédé de stérilisation à sec ; mais, pour pouvoir garantir la destruction de toutes les spores, il est indispensable de soumettre les instruments à une température voisine de 180° pendant une à deux heures, ou bien à 140° pendant trois heures.

Cette étuve consiste en une caisse en cuivre, à doubles parois, munie d'un thermomètre. La chaleur est fournie par une rampe à gaz ; sur le trajet du gaz on interpose un régulateur métallique à réserve dont la tige plonge dans le stérilisateur lui-même.

La caisse est divisée en deux ou trois compartiments horizontaux dans lesquels on dispose les boîtes en cuivre ou en nickel où sont placés les instruments.

Pour faire marcher l'appareil, on met dans les boîtes tapissées de coton les instruments nécessaires à l'opération, et ces boîtes sont portées, sans leur couvercle, sur les rayons de l'étuve, après quoi on allume la rampe à gaz. Dès que l'air de la caisse est bien sec, on ferme l'appareil, et on attend que le thermomètre marque 170 à 180° ; à partir de ce chiffre, on règle l'arrivée du gaz, de manière à maintenir cette température pendant au moins une heure. Ce temps étant écoulé, on éteint le gaz, on ouvre la porte de l'étuve, on place les couvercles sur les boîtes et on attend que tout se soit refroidi (*fig.* 5).

Pour contrôler la température indiquée par le thermomètre et prévenir toute cause d'erreur, on place dans l'inté-

rieur des boîtes des *tubes témoins :* ce sont des petits tubes en verre renfermant un alliage fusible à une température donnée (180° pour les cas qui nous occupent). Avant d'être soumis à l'action de la chaleur, et tant que la température de la caisse n'a pas atteint ce chiffre, l'alliage conserve son aspect de poudre blanchâtre. Dès que 180° est atteint ou dépassé, l'alliage fond et prend une coloration vive, rouge, verte, bleue, suivant la composition du mélange.

Depuis quelques années, on tend à abandonner l'étuve de

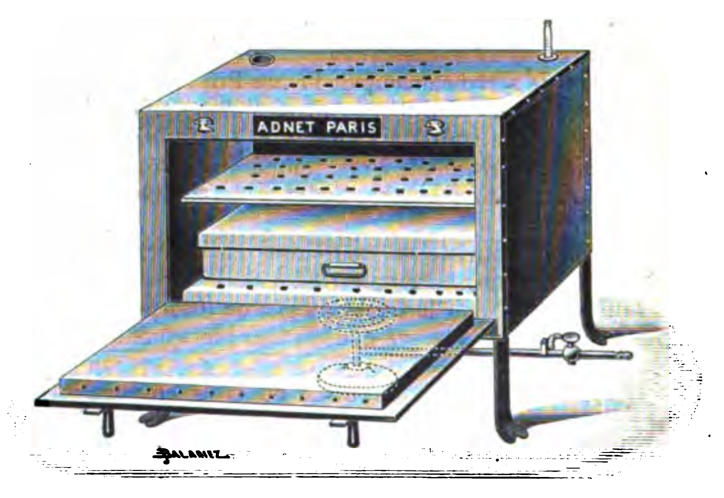


Fig. 5. — Étuve Poupinel.

Poupinel pour la stérilisation des instruments, à cause de certains inconvénients (inégale distribution de la température dans les différents compartiments, surveillance de tous les instants, détrempage et altération des instruments, etc.) ; la plupart des chirurgiens se servent de l'autoclave, en ayant soin d'envelopper les instruments dans une grande compresse imbibée d'une *solution de borate de soude à 2 p. 100* ou de *benzoate de soude.*

MM. Tuffier et Desfosses conseillent de procéder comme il suit : « Au fond de la boîte à instruments nous

plaçons une compresse trempée dans une solution boratée; sur cette compresse nous disposons les instruments après les avoir trempés également dans la même solution à chaud, et nous recouvrons de plusieurs épaisseurs de compresses imbibées également de cette solution. Par dessus se place le couvercle de la boîte. » *On chauffe ensuite à* 131°—134° *pendant* 30 *minutes*. On ne manquera pas de vérifier la réalité de cette température en plaçant deux ou trois *tubes témoins* entre les compresses et au milieu des instruments.

Nous avons déjà vu qu'il était possible de stériliser les instruments en les soumettant à l'ébullition pendant trente minutes au minimum ; mais nous savons que cette stérilisation ne saurait être considérée comme rigoureuse, car il y a des spores qui résistent à la température de 100°.

Il est vrai qu'on peut élever le point d'ébullition de l'eau à 104° en l'additionnant de *carbonate de soude* (2 grammes par 100 grammes d'eau) ; mais cette température n'est pas encore suffisante pour détruire toutes les spores ; il n'est permis de recourir à ce moyen que pour les interventions de petite chirurgie et dans les cas d'extrême urgence.

Liquides à points d'ébullition élevés. — Quelques chirurgiens ont proposé de traiter les instruments qu'on veut aseptiser par une *solution saturée de carbonate de soude*, qui bout à 135°.

On a essayé aussi d'utiliser la *glycérine* qui bout à 350° ou même la *vaseline liquide ;* du reste, on pourrait se contenter de porter ces liquides à 125 ou 130° pendant 25 à 30 minutes; mais il faut convenir que tous ces moyens sont dispendieux et peu pratiques ; il n'est permis de les employer que quand il est positivement impossible de faire autrement.

Flambage. — Par le flambage on peut obtenir une stérilisation parfaite, absolue, aussi complète que par l'étuve ou par l'autoclave, à la condition de procéder avec méthode, c'est-à-dire de passer à la flamme d'une forte lampe à l'alcool *chaque instrument séparément*, d'exposer à cette flamme successivement *toutes les parties* de l'instrument, ses faces,

ses extrémités, etc., etc. ; le flambage des instruments placés *en tas* dans un bassin où l'on a allumé un feu d'alcool est un procédé illusoire, infidèle, et qui peut donner lieu à des accidents, extrêmement graves. Le gros inconvénient du flambage, même bien exécuté, c'est l'altération des instruments, qui ne tardent pas à perdre leur trempe.

Stérilisation des compresses, du coton, des mèches. — En cas d'urgence extrême ou à défaut d'un moyen plus parfait, on les fera bouillir dans de l'eau additionnée de borate de soude ou de bicarbonate de soude, pendant une grande demi-heure.

La stérilisation de ces objets au moyen de l'étuve sèche de Poupinel vaut infiniment mieux ; malheureusement cette stérilisation est difficile à réaliser, d'une part, parce que les températures élevées altèrent sérieusement ces tissus, d'autre part, parce que la chaleur sèche pénètre difficilement jusqu'au centre des paquets de gaze ou de coton un peu volumineux. Pour pouvoir compter sur ce mode de stérilisation, il faudrait : 1° ne pas dépasser 120° ; 2° recommencer deux ou trois fois la même opération.

Pour toutes ces raisons — et elles sont très sérieuses — c'est à l'autoclave que tout le monde s'adresse pour aseptiser les objets et matériaux de pansement. Ces objets — gaze, ouate, drains — sont placés dans des boîtes métalliques spéciales à fermeture en baïonnette que l'on dépose ensuite dans l'autoclave où on les laisse pendant une heure à la température de 130° à 134°. C'est l'ancien procédé.

Aujourd'hui, on préfère recourir au procédé par *l'alcool sous pression*, procédé basé sur les expériences de Répin ; or ces expériences ont démontré qu'après quarante-cinq minutes de séjour dans la vapeur d'alcool anhydre à 120° sous pression, les spores les plus résistantes sont détruites.

Voici comment MM. Bardy et Martin ont appliqué ce procédé à la stérilisation des objets de pansement. Ils ont fait construire des flacons spéciaux et capables de résister à la pression, supportant la chaleur et le refroidissement, flacons dont le fond est muni d'une sorte de rigole, où l'on

peut verser un liquide sans qu'il baigne les objets placés à l'intérieur. Une capsule de cuivre à vis, pourvue d'une *rondelle de serrage* en caoutchouc, assure une fermeture hermétique. L'appareil ainsi établi constitue un véritable petit autoclave. On détermine une fois pour toutes la quantité d'alcool nécessaire : 1° pour chasser l'air à une température voisine du point d'ébullition de l'alcool ; 2° pour que la vapeur d'alcool reste à l'état de saturation *sous pression à* + 120°, *la capsule étant vissée à bloc.* On verse cette quantité d'alcool dans la rigole ; on place au-dessus le tissu à stériliser, on chauffe lentement jusque vers 75°, la capsule étant posée sur le flacon ; on visse alors la capsule à fond et on élève la température à + 120° dans un autoclave ordinaire ; *on maintient la température de* 120° *fixe pendant une heure*, et on laisse refroidir (*fig.* 6 et 7).

Désormais le pansement ne subira de manipulation d'aucune sorte, et le flacon ne sera ouvert qu'au moment de servir. *La stérilisation des objets ainsi traités est absolue.* Le tissu ne peut être brûlé et ne peut renfermer la moindre proportion d'eau ; il retient seulement une petite quantité d'alcool, qui ne diminue en rien ses propriétés hydrophiles. Un avantage de ce procédé consiste dans ce fait, qu'il permet de stériliser par la chaleur des tissus imprégnés de *substances médicamenteuses.*

Stérilisation du catgut et de la soie. — Les procédés employés sont fort nombreux, mais de valeur très inégale. Nous ne ferons connaître que celui de M. Bardy, qui nous semble être le plus simple et le plus sûr.

En 1897, M. Bardy posa en principe que tous les fils à ligature devaient être stérilisés en vases clos.

Pour obtenir une stérilisation parfaite, absolue, de ces fils, tant intérieurement qu'extérieurement, M. Bardy dégraisse le catgut et débarrasse les soies du vernis sécrété par le ver à soie, de manière à permettre aux vapeurs d'alcool de pénétrer *jusqu'au centre* du fil. Il place ensuite les fils ainsi traités dans des tubes en verre contenant de l'alcool et ferme ces tubes au chalumeau.

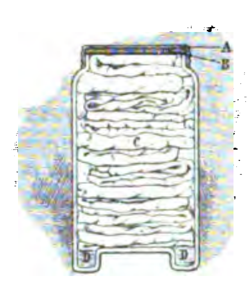
Ces fils ainsi préparés, contenus dans des tubes fermés,

sont alors stérilisés à l'autoclave à une *température de 120°* *pendant une heure ;* à partir de ce moment, les tubes ne seront plus ouverts que par le chirurgien au moment de s'en servir.

Stérilisation des crins, drains, sondes. — Pour les crins de Florence, l'alcool est inutile ; M. Bardy les stérilise dans des tubes contenant de l'eau distillée, tubes soigneusement bouchés au chalumeau et portés à l'autoclave à 120° pendant une heure.



Bocal fermé



Coupe du bocal

Fig. 6 et 7. — Bocal autoclave de M. Bardy. — *A*. Capsule métallique ; *B*. Rondelle en caoutchouc ; *C*. Gaze ; *D*. Rigole remplie d'alcool.

Quant aux drains et aux sondes, on commence par les débarrasser de l'excès de soufre qu'ils contiennent par digestion de quelques heures dans une solution de carbonate de soude ; ils sont ensuite autoclavés comme les crins.

Les *laminaires* sont aussi stérilisées dans l'alcool absolu à 120°, comme le catgut et la soie.

Stérilisation de l'eau. — Au cours d'une intervention chirurgicale, on ne doit se servir que d'une eau qui a été rigoureusement stérilisée par la chaleur ; il doit en être de même de l'eau destinée au lavage des mains et à la désinfection du champ opératoire.

On a construit plusieurs appareils pour réaliser cette stérilisation ; un bon appareil stérilisateur doit remplir les conditions suivantes : 1° *Stériliser l'eau sous pression dans un*

autoclave ; 2° l'envoyer par une conduite stérilisée dans un réservoir stérilisé ; 3° l'amener du réservoir par une conduite stérilisée à un robinet stérilisé.

Voici la description du stérilisateur de M. Bardy (*fig.* 8) :

Cet appareil consiste en un autoclave A ; à la partie supérieure le tube B communique par le tube C avec le réservoir

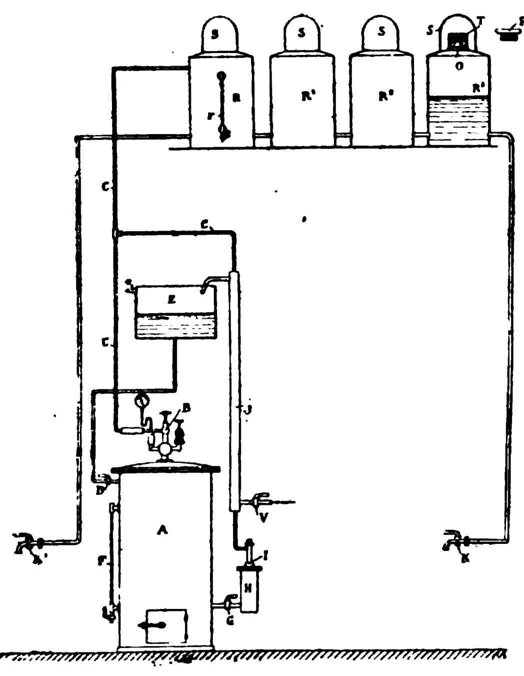


Fig. 8. — Appareil de M. Bardy pour la stérilisation de l'eau.

R, R^1, R^2, contenant de l'eau stérilisée. Le robinet D permet d'introduire dans l'autoclave l'eau de la cuve E, dont la capacité est moindre que celle de l'autoclave.

Un niveau d'eau se trouve en F. A la partie inférieure le robinet G laisse passer l'eau stérilisée sous pression, qui se rend dans le filtre H contenant de l'amiante. Ce filtre porte une soupape I ne s'ouvrant qu'à une pression d'une

atmosphère. L'eau stérilisée passe ensuite dans le réfrigérant J, puis par le tube G dans les réservoirs R, R^1, R^2, et enfin aux robinets de sortie KK.

Le réfrigérant J est alimenté par l'eau de la ville V, qui arrive déjà chaude dans la cuve E.

Les réservoirs R, R^1, R^2, R^3, communiquent tous ; le premier porte un niveau d'eau. Afin de pouvoir les nettoyer, on a ménagé, à la partie supérieure, une ouverture O sur laquelle est vissé un tube T, dont le fond est grillagé pour être rempli d'ouate stérilisée.

Pendant la stérilisation des réservoirs, ce tube est fermé hermétiquement par un bouchon P qui, ensuite, est enlevé et remplacé par un capuchon S destiné à préserver l'ouate des poussières de l'air.

Pour se servir de l'appareil, à l'aide du robinet D, on introduit dans l'autoclave l'eau de la cuve E. On chauffe à 144° sous pression de 3 atmosphères. Quand on a obtenu cette température, on ouvre le robinet B, la vapeur d'eau surchauffée se précipite dans les réservoirs et s'y condense tout d'abord. Mais bientôt les réservoirs s'échauffent et atteignent, à quelques degrés près, la température de l'autoclave. On ouvre alors les robinets K, K^1 par où la vapeur s'échappe après avoir chassé l'air et l'eau condensée. Une heure suffit pour assurer la stérilisation complète des réservoirs, des tuyaux et des robinets de sortie.

Les réservoirs, tuyaux, robinets étant stérilisés, on enlève les bouchons P. On place dans le tube T de l'ouate stérilisée et on recouvre du capuchon S. Les réservoirs sont ainsi transformés en vases communiquants. L'eau de l'autoclave étant chauffée à 134° sous une pression de 2 atmosphères, on ouvre le robinet G. Cette pression, comme on le sait, suffit pour faire monter l'eau à 20 mètres. L'eau passe dans le filtre H, soulève la soupape I, se refroidit en J et arrive dans les réservoirs R, R^1, R^2, qui sont à 3 mètres de hauteur environ, mais qui pourraient être beaucoup plus élevés. L'eau du réfrigérant J s'échauffe et va dans la cuve E.

Pour faire arriver l'eau de la cuve E dans l'autoclave A, on ramène le manomètre à 0, et on recommence une deuxième opération.

Avec cet appareil, on stérilise donc les réservoirs, tous les tuyaux et les robinets de sortie ; l'eau stérilisée est à 125°, grâce à une soupape qui ne s'ouvre qu'à une pression de 1 atmosphère.

La quantité d'eau stérilisée est d'environ 300 litres par jour.

Avec ce stérilisateur, la personne la plus négligente et la moins expérimentée ne peut envoyer dans le réservoir que de l'eau véritablement stérilisée (Voyez *fig.* 8).

Stérilisation par les rayons ultra-violets. — On sait que les propriétés bactéricides de la lumière sont surtout dues aux *rayons violets.*

En faisant passer un courant d'eau très près de la *lampe Westinghouse-Cooper — Hewitt* (très riche en rayons ultra-violets), on la stérilise en quelques secondes.

Ce mode de stérilisation n'est pas encore entré dans la pratique courante ; mais cette importante question est actuellement à l'étude, et il est vraisemblable qu'on trouvera bientôt dans le commerce des appareils destinés à stériliser de grandes quantités d'eau en un laps de temps très court.

Stérilisation par l'ébullition. — L'ébullition est un moyen très commode et très pratique d'obtenir de l'eau stérilisée en l'espace de cinq à dix minutes ; mais cette stérilisation n'est pas absolue, rigoureuse, car il y a des spores qui résistent à l'ébullition même si elle est prolongée (*bacillus subtilis*). Cependant la plupart des chirurgiens se contentent de ce moyen pour les usages de la chirurgie courante et surtout de la petite chirurgie ; en revanche, il serait imprudent de recourir à l'*eau bouillie* pour les besoins de la chirurgie abdominale, de la gynécologie, etc.

Asepsie des mains. — Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ici les recommandations données dans son livre par notre ami DESFOSSES :

« Le chirurgien doit mettre ses avant-bras à nu, relever les manches de sa chemise jusqu'au-dessus du coude et les maintenir à cette hauteur en fixant les plis avec une épingle de nourrice.

« Le chirurgien doit revêtir une blouse à manches courtes fraîchement lavée ou mieux encore stérilisée à l'étuve.

« La désinfection des avant-bras et des mains doit comprendre plusieurs temps.

« *Nettoyage des ongles.* — Avec la pointe du cure-ongles, on enlève les débris épidermiques et les poussières accumulées sous l'extrémité unguéale. On peut, pour faciliter l'ablation de ces poussières, enfoncer l'extrémité des doigts dans du savon mou ; un peu de savon pénètre sous l'extrémité de l'ongle et, quand on l'enlève avec la pointe du cure-ongles, le savon entraîne avec lui les derniers débris épidermiques. Les sillons du pourtour de l'ongle seront nettoyés avec soin aussi, en y passant une compresse humide ou même la pointe du cure-ongles.

« *Savonnage et brossage des mains.* — C'est un des actes les plus essentiels de la désinfection des mains. On prend la brosse d'une main et on frotte énergiquement l'autre main en tous ses points : face palmaire, face dorsale, espaces interdigitaux ; le brossage et le savonnage doivent remonter jusqu'au coude. On insiste surtout sur l'extrémité des doigts et la région unguéale : c'est la portion la plus difficile à désinfecter, et c'est celle dont le contact avec la plaie est le plus intime. Ce savonnage doit être fait en dehors des courants d'eau ; quand il est suffisant, on lave à grande eau sous un robinet.

« *Lavage à l'alcool.* — Les mains débarrassées du savon par un dernier rinçage sont plongées dans l'alcool ; on les frotte l'une contre l'autre, on les brosse sur leurs différentes faces, surtout au niveau des extrémités.

« *Lavage au sublimé.* — Il n'y a plus qu'à les plonger sans les essuyer dans de l'eau simplement stérilisée ou dans une solution de sublimé à 1 p. 1000 pendant deux ou trois minutes, en les frottant énergiquement ainsi que les avant-bras. »

Beaucoup de chirurgiens réservent le sublimé pour la fin

et passent, auparavant, les deux mains dans une solution concentrée de *permanganate de potasse* (à 20 p. 1000), puis dans une solution de *bisulfite de soude* pour chasser la teinte brune laissée par le permanganate.

Il y a des chirurgiens qui opèrent toujours en portant des gants en caoutchouc très souple et très résistant. On peut les stériliser à l'autoclave ou bien se contenter de les désinfecter comme on le fait pour les mains : ils seront toujours mieux aseptisés que celles-ci. Malheureusement il est des interventions délicates qu'il est difficile de mener à bien quand on a les mains embarrassées par des gants.

Les gants rendent de réels services quand il s'agit d'une opération septique peu compliquée, ouverture d'abcès, cure radicale d'ostéomyélite, appendicite suppurée, pleurotomie, curettage septique, colpotomie, etc., etc.

Les gants en chirurgie. — Nous venons de voir que l'asepsie absolue des mains est irréalisable ; mais on peut tourner la difficulté en adoptant le gant de caoutchouc qui est parfaitement stérilisable ; et, de fait, depuis quelques années, l'usage des gants en caoutchouc est entré dans la pratique courante : aujourd'hui il n'est pour ainsi dire plus de chirurgien qui accepte de faire une opération sans se ganter les mains.

On trouve dans le commerce deux principaux modèles de gants stérilisables, expressément fabriqués pour les chirurgiens : le *gant américain* et le *gant* de CHAPUT.

Le gant dit américain est en *caoutchouc mince*, *très souple*, et il *se moule* très exactement sur la main et sur les doigts ; aussi s'en sert-on pour pratiquer les opérations délicates (gastro-entérostomie, résection de l'intestin, etc.) ; malheureusement il se détériore assez rapidement (*fig.* 10 et 11).

Le gant de CHAPUT est en caoutchouc épais, *très solide ;* il est très employé dans la pratique courante ; quelques chirurgiens ne s'en servent que pour les interventions septiques ; d'autres les utilisent pour toutes sortes d'opérations (*fig.* 9).

Les gants de caoutchouc sont stérilisables à l'ébullition ou à l'autoclave. Le gant de CHAPUT subit l'action de l'eau bouillante un assez grand nombre de fois sans se détériorer ;

mais il est prudent de ne pas le soumettre à cette épreuve plus de cinq ou six minutes chaque fois ; l'autoclave l'abime beaucoup plus vite, surtout si on l'expose pendant plus de quinze minutes à 120 ou 125° — ; au bout de trois ou quatre épreuves, il ne peut plus servir pour les grandes interventions.

Quant au gant américain, contrairement à ce que l'on pourrait croire, il résiste relativement bien à l'ébullition et



Fig. 9. — Gant de Chaput.



Fig. 10. — Gant américain moule.



Fig. 11. — Gant américain avec manchette.

à l'autoclave, aussi bien, sinon même mieux, que le gant de Chaput.

Pour autoclaver ces gants, on commence par les saupoudrer de talc *intus* et *extra*, ensuite on les arme en insinuant dans leur intérieur une sorte de gril ayant la forme et les dimensions d'une main d'adulte, après quoi on enveloppe chaque gant dans une compresse de tarlatane copieusement *talquée;* enfin chaque paire est enfermée dans une grande boîte rectangulaire métallique divisée en compartiments (une paire par compartiment), et cette boîte est alors

chargée dans l'autoclave ; on chauffe à 120° ou 125° pendant quinze à vingt minutes.

Les gants que l'on se propose de stériliser par l'ébullition sont d'abord enveloppés chacun d'une compresse de mousseline, puis plongés ensemble dans une marmite en forme de poissonnière ; pour les empêcher de flotter à la surface et d'être brûlés au contact des parois de la marmite, on les maintient immergés au moyen d'une plaque de verre ou d'une pièce métallique. Il est prudent de ne pas maintenir l'ébullition plus de six minutes.

Après chaque opération, le gant doit être nettoyé de la manière suivante : 1° savonnage prolongé avec de l'eau tiède pour le débarrasser du sang ou du pus qui le souille ; 2° rinçage à grande eau, au robinet ; 3° après avoir essuyé soigneusement avec une compresse de tarlatane, on dégraisse les deux faces au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'éther : c'est un véritable *décapage ;* 4° conservation dans un bocal contenant de la glycérine étendue de moitié d'eau bouillie, et hermétiquement clos, ou bien les conserver dans un bocal après les avoir enduits de glycérine pure.

Les gants talqués et stérilisés à l'autoclave s'enfilent sans beaucoup de peine ; il n'en est pas de même des gants aseptisés par l'ébullition et partant *mouillés ;* pour pouvoir les « passer », il est indispensable de se graisser les doigts avec du savon liquide *stérilisé.*

Recommandation de la plus haute importance : l'usage des gants de caoutchouc ne dispense pas de s'aseptiser les mains aussi rigoureusement que si l'on devait se servir de ses doigts nus ; cette précaution a une importance capitale, car n'oublions pas que les gants peuvent se déchirer au cours de l'opération ; si les mains n'ont pas été, au préalable, soigneusement désinfectées, on risque d'infecter la plaie opératoire et, s'il s'agit d'une intervention sur le péritoine, de déchaîner des complications rapidement mortelles. Toutes les fois qu'une déchirure se produit, si minime soit-elle et que l'on s'en aperçoit, il faut aussitôt remplacer le gant déchiré, même si les mains ont été nettoyées d'une façon irréprochable. Nous ne saurions trop insister sur tous ces détails, dont l'importance n'échappera à personne.

DE L'ANTISEPSIE

L'antisepsie a pour but la destruction des microorganismes au moyen d'agents chimiques appelés *antiseptiques.*

In vitro, il y a des antiseptiques puissants qui s'opposent au développement et à la pullulation des microorganismes ; les bactéries ne cultivent pas non plus dans certaines solutions antiseptiques utilisées en chirurgie. De ces faits, très bien établis, on a, au début, tiré des conclusions tout à fait fausses ; on a eu le tort d'assimiler une plaie opératoire à un tube à expérience renfermant une culture immergée dans un liquide bactéricide ; nos téguments ont été également l'objet d'une comparaison tout aussi inexacte.

Ainsi MM. Remlinger, Furbringer, Schimmelbusch, etc., ont montré que les bactéries pullulent à la surface de notre corps, qu'il y a des microorganismes dans les couches profondes de l'épiderme. La destruction des germes superficiels est, à la rigueur, possible au moyen des antiseptiques couramment employés ; mais, pour atteindre ceux qui sont logés dans les parties profondes, il faudrait recourir à des solutions tellement concentrées qu'elles désorganiseraient à coup sûr les éléments anatomiques de la peau. Il en est de même des plaies opératoires : il vaut infiniment mieux agir préventivement, empêcher les microbes d'arriver sur les plaies, en un mot faire de l'asepsie, qu'entreprendre de détruire, par les antiseptiques, ceux qui s'y sont portés, car, du même coup, on risque de léser gravement les tissus.

En résumé : employés en solutions très étendues, tolérables pour nos téguments, les antiseptiques sont des agents de désinfection infidèles, insuffisants et, partant, dangereux ; en solutions très concentrées, ils tuent les microorganismes pathogènes, mais, en même temps, ils détruisent les éléments anatomiques.

Pour toutes ces raisons, sans parler des accidents d'intoxication qu'ils peuvent occasionner, on a fini par renoncer complètement à eux pour le pansement des plaies opéra-

toires ***non infectées*** ; on ne les utilise plus que dans le traitement des ***plaies septiques*** et pour la ***désinfection relative*** de certaines cavités naturelles, comme le vagin, etc.Quelques chirurgiens s'en servent encore pour compléter le nettoyage des mains après savonnage, brossage, passage à l'alcool, à l'éther, etc.

Les substances antiseptiques les plus employées aujourd'hui sont les suivantes :

Eau oxygénée. — Elle n'existe dans le commerce que sous la forme de solutions plus ou moins concentrées dont la teneur est appréciée par le volume d'oxygène dégagé dans leur décomposition. Le ***soluté officinal est à*** 12 ***volumes*** ; c'est un caustique qui doit toujours être étendu d'eau distillée stérilisée ; étendue ou non, cette solution officinale coagule les albuminoïdes, qui forment alors une mousse épaisse.

L'eau oxygénée est un excellent désinfectant de la cavité utérine et de la cavité vaginale ; les irrigations vaginales peuvent être formulées de la manière suivante :

Eau oxygénée à 12 volumes........	300 gr.
Eau stérilisée.....................	1.000 —

L'eau oxygénée agit aussi comme ***hémostatique***, à condition d'être employée très peu étendue d'eau :

Eau oxygénée à 12 volumes..........	100 gr.
Eau distillée.......................	50 —

Pour faire des lavages intra-utérins, il est prudent de se servir des solutions très étendues :

Eau oxygénée..............	100 à	150 gr.
Eau distillée.....................		1.000 —

Sublimé corrosif, bichlorure de mercure.—C'est le plus usité et peut-être le plus puissant de tous les antiseptiques utilisés en chirurgie et en gynécologie. On l'emploie surtout en solutions aqueuses à 1 p. 1000. La solution la plus

connue est la *liqueur de van Swieten*, dont voici la formule :

Sublimé corrosif....................	1 gr.
Alcool à 80°	100 —
Eau distillée........................	900 —

On peut aussi la prescrire de la manière suivante :

Bichlorure de Hg..................	1 gr.
Carmin d'indigo..................	q. s. (pour colorer)
Acide tartrique....................	1 gr.
Eau distillée......................	1.000 gr.

Les solutions précédentes, à 1 p. 1000, sont celles que l'on emploie pour la désinfection des mains au cours des opérations. Pour les injections vaginales, il est prudent de s'en tenir à des solutions moins concentrées. Exemples :

Sublimé corrosif.................	0,25 cent.
Acide tartrique..................	1 gr.
Colorant..........................	q. s.
Eau distillée.....................	1.000 gr.

Nous avons à peine besoin de rappeler que le bichlorure de mercure est un violent poison. On fera bien de ne jamais s'en servir pour faire des irrigations intra-utérines, sauf s'il y a indication formelle.

Bi-iodure, oxycyanure de mercure. — S'emploient de la même façon que le sublimé corrosif ; le premier est très toxique, et on doit le prescrire à 1 p. 2000, et même à 1 p. 3000 ; le second passe pour peu dangereux, mais il vaut mieux ne pas trop se fier à cette réputation.

L'oxycyanure attaque peu les instruments.

Permanganate de potasse. — Excellent antiseptique très usité en gynécologie (irrigations vaginales, lavages intra-utérins), n'est toxique qu'à hautes doses. Il se présente sous la forme d'aiguilles prismatiques de couleur violet très foncé, à reflets métalliques, très solubles dans l'eau. Ses solutions produisent sur la peau et sur le linge des taches

brunes qu'on enlève très facilement au moyen du *bisulfite de soude* à 10 p. 100.

Les solutions de permanganate employées en injections vaginales se formulent de la manière suivante :

Permanganate de potasse..........	1 gr.
Eau distillée......................	1.000 —

Pour les irrigations intra-utérines, il vaut mieux se servir de solutions plus étendues :

Permanganate de potasse.........	0,25 cent.
Eau distillée......................	1.000 gr.

Pour la désinfection des mains, on emploie, au contraire, des solutions beaucoup plus concentrées :

Permanganate de potasse..........	20 gr.
Eau distillée......................	1.000 —

On décolore les mains au moyen du *bisulfite de soude* à 10 p. 100, liquide jaunâtre, dégageant une très forte odeur d'acide sulfureux; à son défaut, on pourra se servir d'acide tartrique ou d'acide chlorhydrique à 2 p. 100.

Protargol. — C'est de l'albuminate d'argent, soluble dans l'eau, peu toxique. On peut l'employer en injections vaginales (solutions à 4 p. 1000) et en injections intra-utérines (solutions à 1 p. 500).

Formol. — Antiseptique très énergique, très irritant, mais peu toxique. On peut le prescrire en solutions aqueuses étendues pour administrer des injections vaginales. En voici une formule :

Formol.........................	0,25 cent.
Eau distillée.....................	2.000 gr.

Iodoforme, salol, ferripyrine. — L'iodoforme et le salol servent à imprégner les gazes ; mais celles-ci ne doivent être employées qu'après avoir été stérilisées à l'autoclave

à 120° (procédé Bardy, voyez p. 7), *car leur pouvoir antiseptique est négligeable;* en revanche, le salol et l'iodoforme ont une *action médicamenteuse, modificatrices* des plaies, cicatrisante, incontestable ; c'est à ce titre, et *nullement comme bactéricides*, qu'ils méritent d'être recommandés.

Quant à la ferripyrine, elle agit assez bien comme hémostatique, pour combattre les suintements en nappe (métrorrhagies bénignes, mèches intra-utérines après le curettage). C'est surtout la gaze à la ferripyrine qui est employée en chirurgie.

Ichthyol. — L'ichthyol a été préconisé en gynécologie par les chirurgiens allemands et russes, comme antiphlogistique et comme analgésique, pour panser les ulcérations cervicales, combattre la congestion du col, etc. On le prescrit de la manière suivante :

Ichthyol	1 gr.
Glycérine aseptique	30 —

Pour imbiber des mèches de gaze que l'on introduit dans le vagin, au contact du museau de tanche.

Hydrate de chloral. — Il est recommandé dans les mêmes cas que l'ichthyol et employé de la même manière :

Hydrate de chloral	2 gr.
Glycérine aseptique	20 —

Acide phénique, eau phéniquée. — Aujourd'hui, le phénol ne compte plus un seul partisan sérieux : il a complètement disparu de nos salles d'opérations.

PRÉPARATION DE LA MALADE

Qu'il s'agisse d'une laparotomie ou d'une intervention par la voie vaginale, la malade sera purgée l'avant-veille ; la veille, on lui fera administrer un ou plusieurs lavements dans le but de compléter l'effet de la purge ; enfin, le jour

même, quelques heures avant l'opération, on fera donner un dernier lavement pour s'assurer de la vacuité de l'intestin ; c'est surtout dans les interventions par la voie basse que cette précaution est utile, comme aussi, affirment certains opérateurs, de mettre l'intestin au repos au moyen de 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque que la malade prendra sous la forme de pilules dans les douze heures qui précèdent l'acte opératoire. Cependant beaucoup de chirurgiens ne s'adressent jamais à l'opium, même s'il s'agit d'une opération par le vagin, sauf, bien entendu, dans les cas où l'administration de ce médicament s'impose d'une manière formelle. Nous n'hésitons pas à nous ranger à leur avis : à quoi bon favoriser l'atonie de l'intestin sans nécessité absolue? Bien plus, nous rappelons qu'on est, encore assez souvent, obligé de solliciter les contractions intestinales pour combattre le météorisme qui s'installe après certaines colpohystérectomies. Donc, à moins d'une indication spéciale (colporrhaphie associée à une laparotomie ou à une hystérectomie basse, tendance naturelle de la malade à évacuer trop fréquemment son intestin, diarrhée chronique, etc.), pas d'opium aux femmes qui doivent subir une opération sur les organes génitaux intra-abdominaux.

La malade prendra un grand bain savonneux la veille, ou le matin même ; mais nous ne trouvons aucune utilité à prescrire des bains généraux antiseptiques, au sublimé, par exemple, souvenirs du moyen âge chirurgical : un bain de propreté suffit amplement. Les bains généraux sont quelquefois contre-indiqués ; on les remplacera par un nettoyage des téguments à l'eau de Cologne ou à l'alcool à 90°, suivi de frictions sèches et chaudes.

Pendant les quarante-huit heures qui précèdent l'opération, la malade gardera un repos relatif, elle prendra des aliments légers : lait, laitages, œufs, bouillons, potages légers. A partir de six heures avant l'anesthésie, on n'autorisera que de l'eau filtrée ou minérale prise en très faible quantité pour prévenir la sécheresse de la bouche.

Il est réellement superflu de commencer la désinfection du champ opératoire la veille, ou l'avant-veille s'il s'agit d'une laparotomie ; mais la désinfection à longue échéance est,

au contraire, indispensable, pour toutes les interventions par la voie vaginale.

Le nettoyage sérieux, le « décapage » des téguments doit être fait immédiatement avant l'opération, sous le sommeil chloroformique, pendant que le chirurgien se lave les mains.

Préparation du champ opératoire pour une laparotomie. — Rasage du pubis — inutile de raser les poils de la vulve ; — nettoyage énergique de la peau, *de toute la peau du ventre*, avec de l'eau chaude stérilisée, du savon et une brosse (préalablement stérilisée par l'ébullition ou à l'autoclave). Il faut brosser avec force non seulement la région où portera le bistouri, mais *tout l'abdomen*, depuis les fausses côtes jusqu'à la symphyse, sans oublier les parties latérales, les flancs ; il faut frotter longtemps, lentement, d'une manière continue et égale partout, jusqu'à ce que la surface de la peau se soit couverte d'une rougeur érythémateuse vive, et *cela sur toute l'étendue du ventre* (hypogastre, ombilic, épigastre, fosses iliaques, flancs, etc.). Nous venons de dire qu'il faut brosser énergiquement ; ajoutons qu'il importe de s'abstenir de toute brutalité, qu'il est inutile d'infliger aux téguments des éraflures ou des ulcérations : *il ne faut pas tant frotter fort que frotter longtemps.*

A l'apparition de l'érythème produit par le brossage, on s'arrête, on laisse la brosse et l'on rince avec de l'eau stérilisée pour chasser la mousse savonneuse. Il faut rincer à grande eau et essuyer avec du coton hydrophile aseptique.

C'est ensuite le tour du « dégraissage » par l'*éther* et par l'*alcool à 90°* ; avec une compresse imbibée successivement de ces deux liquides, on frotte toute la surface érythématisée ; puis, nouveau rinçage à l'eau stérilisée ; on termine par le *permanganate* (solution aqueuse à 1 p. 100) et par le *bisulfite*, qu'un aide fait couler, tandis qu'avec une compresse ou du coton stérilisé on inonde successivement de ces deux solutions tout le champ opératoire, en insistant, bien entendu, sur la ligne médiane sous-ombilicale où sera faite l'incision [1].

1. Il y a des chirurgiens qui se servent, en outre, pour compléter la désinfection des téguments, de *liqueur de* VAN SWIETEN ou d'*alcool au*

Il ne reste plus qu'à recouvrir l'abdomen de grandes compresses stérilisées, en ne laissant à découvert que la place suffisante pour le tracé de l'incision.

Iodage du champ opératoire. — Nous n'avons pas à refaire ici l'historique de la méthode HEUBNER-GROSSICH inaugurée en 1908 et qui compte aujourd'hui d'innombrables partisans ; rappelons seulement que les initiateurs de l'iodage proscrivent toute désinfection pré-opératoire autre que le badigeonnage des téguments à la teinture d'iode. Avec un tampon d'ouate aseptique imbibée de teinture d'*iode fraîche* et fixé au bout d'une pince, on badigeonne toute la surface de la peau représentant le champ opératoire ; *on attend dix minutes* pour prendre le bistouri et commencer l'opération. Telle est la méthode dans sa rigoureuse simplicité ; il faut convenir qu'elle peut rendre les plus grands services dans les interventions d'urgence ; et, à ce point de vue, elle ne compte que des partisans, tant en France qu'à l'étranger.

Toutes les fois que la malade à opérer peut être préparée d'avance, il vaut évidemment mieux procéder d'une façon moins sommaire. On prétend que le lavage et le savonnage des téguments immédiatement avant l'application de la teinture d'iode empêchent la diffusion de celle-ci dans la profondeur de la peau ; dans ces conditions, on fera bien de pratiquer ce décapage (savonnage et brossage à l'eau chaude) *la veille* de l'opération ; et, immédiatement avant, d'appliquer la teinture d'iode, on se contentera de dégraisser la peau en la frottant avec des compresses stérilisées copieusement imbibées d'éther. On pratiquera ensuite le badigeonnage iodé ; quelques chirurgiens conseillent d'enlever l'excès d'iode en « passant » la région à l'alcool quelques minutes après l'application iodée ; aux yeux de beaucoup d'opérateurs, cette précaution n'est justifiée que si la peau de la malade est d'une finesse et d'une susceptibilité particulières. Quoi qu'il en soit, cinq à dix minutes après le badigeonnage iodé, on peut commencer l'opération.

sublimé. D'autres badigeonnent le champ opératoire avec de la *teinture d'iode*. Est-ce bien nécessaire ? — Ajoutons que le « temps » permanganate et bisulfite n'est pas indispensable.

Pour atténuer la *causticité* de la teinture d'iode ordinaire, on a proposé de l'étendre d'un *quart d'alcool* à 90°, ou encore de recourir au mélange suivant : *teinture d'iode* 70 *parties, éther et chloroforme : de chaque* 15 *parties*.

On prétend que la teinture d'iode peut être avantageusement remplacée par : 1° le *chloroforme iodé* (chloroforme 20 grammes, iode 1 gramme) ; 2° le *pétrole et la benzine* avec lesquels on frotte la peau successivement ; 3° le *tannin à l'alcool* (5 grammes dans 100 grammes d'alcool à 95°).

Nous n'avons aucune expérience de ces produits.

Préparation du champ opératoire pour une intervention par la voie vaginale. — La désinfection du vagin doit être commencée deux ou trois jours avant; elle consiste à administrer des injections faiblement antiseptiques (solution aqueuse de permanganate de potasse au titre de 1 pour 2000 grammes), deux fois par jour, le matin et le soir ; après chaque irrigation, ou au moins après celle du matin, on introduit dans la cavité vaginale et on y laisse à demeure une forte mèche de gaze stérilisée ou de gaze faiblement imprégnée de salol ; l'iodoforme a l'inconvénient de sentir mauvais et de n'être pas toujours inoffensif: *ce composé n'est nullement indispensable*, comme se le figurent certains praticiens ; nous tenons à insister sur ce point. Si la malade est atteinte de métrite ou de vaginite, il est toujours préférable de traiter ces affections avant de procéder à l'opération principale ; néanmoins il y a des cas dans lesquels le chirurgien est obligé de passer outre. On s'efforcera d'atténuer les risques en commençant la désinfection du vagin une ou deux semaines à l'avance et en employant des topiques plus énergiques.

Quoi qu'il en soit, comme pour la laparotomie, le nettoyage réel des organes génitaux ne doit être entrepris que lorsque la malade est déjà sous le sommeil chloroformique. Rasage de la vulve, sans toucher aux poils du pubis. Lavage de tous les replis vulvaires, du périnée, de la face interne des cuisses, des plis génito-cruraux avec de l'eau chaude, du savon et une brosse, comme nous l'avons déjà indiqué ; seulement, on prendra une brosse assez douce pour éviter de

faire saigner ces muqueuses. On passe ensuite au savonnage des parois vaginales, qui doit être fait avec le plus grand soin ; il faut se servir d'une brosse à manche, très douce, avec laquelle on frottera longtemps (mais sans brutalité), sans oublier le col et les culs-de-sac. Après avoir chassé la mousse savonneuse au moyen d'une irrigation à l'eau stérilisée chaude, on ne manquera pas de dégraisser la surface de la muqueuse avec un tampon imbibé d'alcool à 90° ou d'éther sulfurique et monté sur une pince, ce qui permettra d'atteindre la muqueuse des culs-de-sac ; puis, nouvelle irrigation chaude, et, enfin, injection de permanganate en solution concentrée (à 1 p. 200) et de bisulfite de soude. Le nettoyage du vagin achevé, on complètera celui de la vulve, du périnée, des plis génito-cruraux, en passant toutes ces régions à l'éther, à l'alcool, au permanganate et au bisulfite.

Il reste à garnir le champ opératoire, c'est-à-dire à recouvrir de compresses aseptiques le pubis, les cuisses, les jambes, ainsi que le bord de la table sur laquelle repose le siège de la malade ; on ne laisse à découvert que la région vulvo-périnéale.

Autrefois quelques chirurgiens avaient pris l'habitude d'opérer sous un courant d'eau continu, qui débarrassait le champ opératoire du sang et des caillots accumulés dans le vagin. Cette pratique a perdu toute faveur ; rien de plus simple que d'assécher et de nettoyer le vagin au moyen de compresses stérilisées tenues à la main ou montées sur de longues pinces à pansement ; d'ailleurs, avec le courant d'eau continu, on risquait d'inonder la cavité péritonéale à l'occasion d'un mouvement intempestif, et même de l'infecter. Il n'en est pas moins certain, qu'aujourd'hui encore, au cours de certaines interventions extra-péritonéales, telles que l'amputation du col, la colporrhaphie, il peut être avantageux de recourir à un lavage inoffensif de la région vulvo-vaginale ; on le fera au moyen de l'injecteur ordinaire muni de son tube en caoutchouc et de sa canule en verre perforé d'un large orifice central. Il va sans dire que l'appareil entier aura été préalablement stérilisé à l'autoclave ou par l'ébullition pendant 20 minutes dans un vaste récipient en tôle émaillée.

Pour pratiquer ces lavages, on se sert simplement d'eau aseptisée ou d'une solution antiseptique faible (permanganate à 1 pour 1000, protargol à 1 pour 1000, etc.) ; le sublimé est peu recommandable ; quant à l'eau phéniquée, elle a complètement disparu des salles d'opérations : encore un souvenir du moyen âge chirurgical.

EXAMEN DE LA MALADE

Pour se renseigner complètement sur l'état des organes génitaux, tant externes qu'internes, il est indispensable d'examiner la femme dans différentes attitudes : sur le dos, sur le côté, sur les genoux et même debout.

Position dorsale simple ou décubitus dorsal. — La femme est couchée sur le dos et repose sur un plan horizontal,

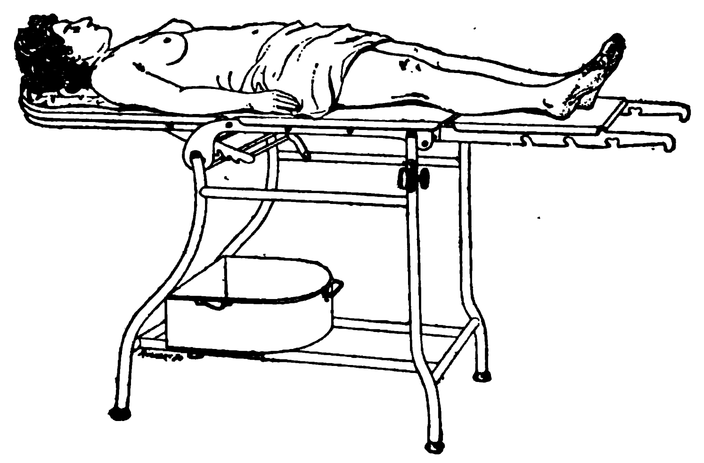


Fig. 12. — Position dorsale simple.

la tête et les épaules légèrement soulevées par un coussin mou, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses ; pour soulever un peu le bassin, on

prie la malade de croiser ses deux mains sous les fesses. Dans cette attitude, la contracture des muscles abdominaux est abolie, et le chirurgien peut se livrer tout à son aise à une exploration bimanuelle très complète. Mais il ne faut pas oublier de recommander à la malade de ne pas se *raidir* et de respirer tranquillement, sans efforts, la bouche ouverte (*fig*. 12).

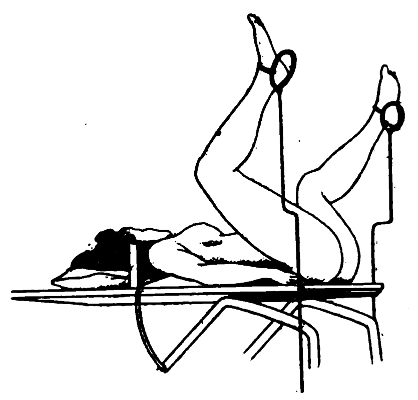


Fig. 13. — Position de la taille.

Position gynécologique ordinaire, dite dorso-sacrée.

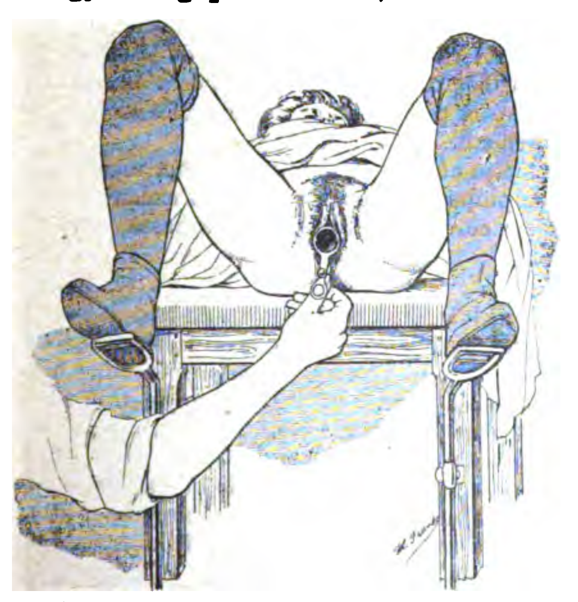


Fig. 14. — Position gynécologique ordinaire.

— C'est celle qu'on donne à la femme pour procéder à l'examen au spéculum. La malade repose sur un plan horizontal, la tête légèrement soulevée, le siège tout au bord du lit, les cuisses un peu fléchies sur le bassin, mais très écartées ; les membres inférieurs sont soutenus par des étriers sur lesquels les appuient les talons (Voyez *fig.* 14). Il y a relâchement des parois abdominales, ce qui permet la palpation bimanuelle.

C'est dans cette attitude qu'on place les femmes pour l'examen au spéculum, pour pratiquer l'hystérométrie, introduire des laminaires dans la cavité utérine, bourrer le vagin de gaze, scarifier le col, administrer des injections vaginales ou intra-utérines.

Position de la taille. — Elle se distingue de la précédente par les particularités suivantes : le tronc est horizontal, tandis que le bassin est relevé et légèrement fléchi sur le rachis ; les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses, les cuisses très écartées et fortement ramenées sur le ventre ; les membres inférieurs sont maintenus dans cette attitude au moyen de béquillons ou de talonnières auxquelles on fixe solidement les pieds à l'aide de courroies en caoutchouc, en toile ou en cuir (voyez *fig.* 13).

C'est cette attitude qu'on impose aux malades pour pratiquer la plupart des opérations qui s'exécutent par la voie vaginale : curettage, hystérectomie basse, amputation du col, etc.

Décubitus latéral ou position de Sims. — La femme est couchée sur le côté, gauche de préférence, tout près du bord du lit, la jambe gauche à peu près étendue, ainsi que la cuisse ; la jambe droite est fléchie à angle droit sur la cuisse droite, et celle-ci, à angle droit, sur le tronc ; le bassin est, en quelque sorte, tordu sur le tronc, c'est-à-dire que le bassin repose sur la table ou sur le lit par son bord latéral, tandis que la moitié gauche du tronc repose à plat, le bras gauche de la malade étant dégagé de dessous le tronc et porté tout à fait en arrière (Voyez *fig.* 15).

On utilise la position de Sims, surtout pour opérer les

fistules génito-urinaires ; elle rend aussi des services pour l'examen de certains cols.

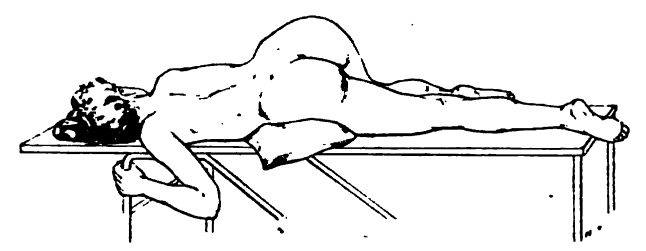


FIG. 15. — Position de SIMS.

Position génu-pectorale et génu-cubitale. — La femme se met à quatre pattes, sur les genoux, les cuisses étant bien écartées et légèrement fléchies, la poitrine appuyée sur un coussin, les reins cambrés ; pour transformer cette position génu-pectorale en génu-cubitale, il suffit de dire à la malade de s'appuyer sur les coudes, les bras étant

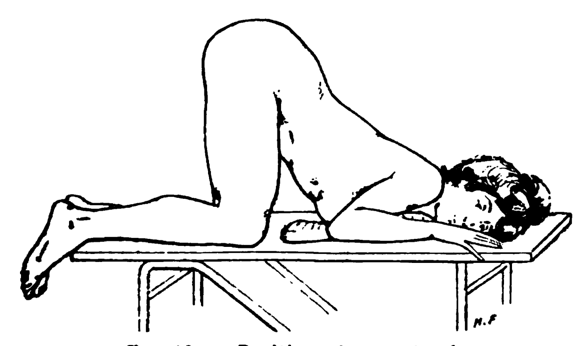


FIG. 16. — Position génu-pectorale.

plus ou moins écartés du tronc suivant les cas (Voyez *fig.* 16).

Cette attitude est très utile pour certains examens et certaines opérations, car elle permet de manœuvrer à l'aise au niveau de la paroi vaginale antérieure et du cul-de-sac correspondant.

Position déclive. — C'est la position renversée de Tren-

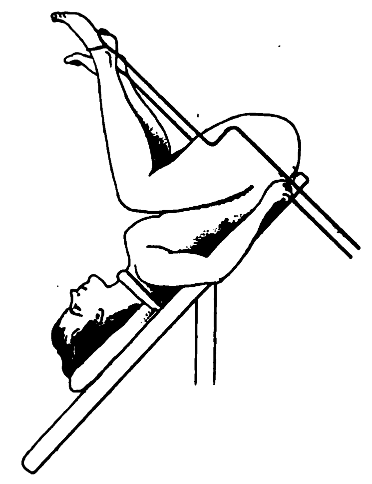


Fig. 17. — Positions de la taille et déclive combinées.

delenbourg appliquée aux explorations des organes pel-



Fig. 18. — Po

viens. « Cette méthode si simple est le plus grand perfectionnement qui ait été apporté à la chirurgie pelvienne... elle a révolutionné la technique des opérations sur l'utérus et sur les annexes. Mais, pour retirer de l'emploi du plan incliné tous les avantages qu'il peut donner, il faut que l'inclinaison soit très considérable, qu'elle atteigne ou dépasse 45°. » (FAURE.) La malade est installée exactement comme s'il s'agissait de procéder à une laparotomie ; sous l'influence de l'inclinaison du corps, le paquet intestinal quitte le petit bassin et glisse sous le diaphragme, l'abdomen se creuse spontanément, de sorte que l'utérus et ses annexes ne sont plus séparés de la main qui explore que par l'épaisseur des parois abdominales en état de parfait relâchement (*fig.* 17).

L'examen dans la position déclive est assurément le plus avantageux de tous ; on ne devrait jamais se livrer à une exploration bimanuelle sans avoir installé la femme en attitude déclive (*fig.* 18).

Notre ami JAYLE a été, en quelque sorte, le vulgarisateur de ce mode d'examen ; il en a discuté tous les avantages dans une série de publications fort intéressantes auxquelles nous prions le lecteur de se reporter [1].

Palpation abdominale simple. — La malade est couchée dans son lit, sur le dos, les cuisses largement écartées, mais légèrement fléchies sur le bassin ; elle respire la bouche ouverte et sans effort. Sous les épaules et la tête on a glissé un coussin plat qui les soulève à peine ; enfin on a pris la précaution de vider préalablement la vessie et même le rectum au moyen d'un lavement simple.

Le chirurgien déprime, avec les deux mains, la paroi abdominale, d'abord avec beaucoup de douceur et de légèreté ; il profite des mouvements d'expiration pour enfoncer de plus en plus l'extrémité des doigts presque verticalement dans le ventre ; au bout de quelques minutes, il réussit à toucher la colonne vertébrale et le fond des fosses iliaques.

On cherche d'abord l'utérus, dont on reconnaît le fond derrière la symphyse, on passe ensuite aux annexes, enfin on

1. *La Presse médicale*, 1902, p. 603 ; — *Revue de* POZZI, 1902, p. 635.

examine avec soin la région ombilicale, les flancs, les fosses iliaques, etc.

Il est bon d'être prévenu que les causes d'erreur sont loin d'être rares. Ainsi la vessie peut être distendue par l'urine au point de remonter jusqu'à l'ombilic et de simuler un kyste ovarique. L'accumulation de matières fécales dans le cæcum ou dans l'*S* iliaque peut faire croire à l'existence

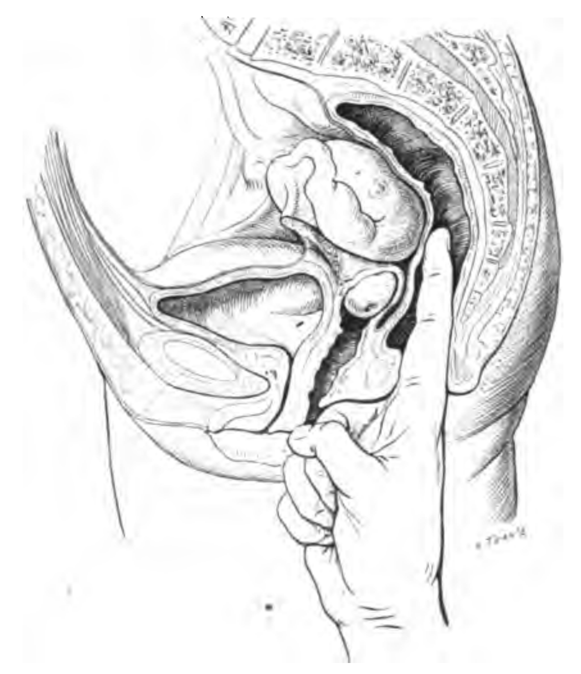


FIG. 19. — **Exploration des annexes malades par le toucher rectal.**

d'un néoplasme ou d'un exsudat inflammatoire. Enfin, la contraction des muscles droits a plus d'une fois donné la fausse sensation de tumeur (tumeur fantôme). On conçoit donc l'importance qu'il y a à faire vider la vessie et évacuer le gros intestin avant d'entreprendre un examen gynécologique.

Chez certaines femmes, le météorisme abdominal peut être tel qu'on est réduit à recourir à l'anesthésie pour pouvoir formuler un diagnostic sérieux. C'est, de même, sous le sommeil chloroformique, qu'on est obligé d'examiner les femmes affligées d'une paroi trop chargée de graisse, ainsi



Fig. 20. — Toucher vésical pour explorer la face antérieure de l'utérus.

que celles dont les muscles contracturés opposent un obstacle invincible aux mains qui essayent de déprimer la paroi. On peut en dire autant des malades pusillanimes et de celles qui sont atteintes de lésions annexielles exceptionnellement douloureuses à la moindre tentative d'exploration.

Toucher vésical. — Il est bien rare qu'on ait besoin de recourir à ce mode d'exploration ; cependant on peut se

trouver en présence de certains cas dans lesquels le toucher intra-vésical fournit d'utiles renseignements (atrésie du vagin, hymen infranchissable ou qu'on tient à ménager, nécessité de s'assurer avec précision de l'état de la muqueuse et des parois vésicales, etc.).

Simon conseillait de débrider, au préalable, le canal de l'urèthre ; cette pratique un peu brutale n'est plus guère admise ; de nos jours, on se contente de dilater l'urèthre à l'aide des *bougies* d'Hégar ; c'est la conduite suivie par le professeur Pozzi, qui n'hésite pas à la conseiller, mais à titre exceptionnel. Convenablement faite, cette exploration n'entraîne pour ainsi dire jamais d'accidents sérieux ; mais elle est généralement très douloureuse, d'où l'utilité de l'anesthésie générale.

Il est à peine besoin de rappeler que les règles de l'asepsie devront être observées dans toute leur rigueur : nettoyage préalable de la vulve, du méat urinaire, désinfection des mains, usage de bougies *fraîchement* stérilisées.

L'examen terminé, on pourrait, par mesure de prudence, faire passer dans la vessie deux ou trois cents grammes d'eau bouillie tiède ou d'une solution antiseptique faible (eau boriquée, oxycyanure à 1 p. 5000) ; mais cette précaution n'est pas approuvée par tous les chirurgiens ; il y en a qui tiennent ces lavages pour superflus et qui redoutent la contamination de la vessie au cours de manœuvres trop prolongées ; en revanche, pour prévenir l'irritation ou l'inflammation du réservoir vésical, dont la susceptibilité est parfois extrême, il est indispensable d'imposer à la malade le repos absolu au lit pendant au moins vingt-quatre heures.

Dans certaines circonstances, d'ailleurs assez rares, on peut être amené à combiner le toucher vésical avec le toucher rectal ou associer le cathétérisme de la vessie avec le toucher vaginal ou le toucher rectal.

Toucher vaginal. — Toutes les fois que la chose est possible, on doit exiger de la malade qu'elle prenne une injection de propreté avant de se soumettre à l'examen du chirurgien ; dans la pratique, on est souvent obligé de passer outre ; mais le chirurgien devra toujours s'aseptiser les mains avant

de pratiquer le toucher vaginal, à moins qu'il ne se serve d'un doigtier en caoutchouc stérilisé.

La femme prend la même attitude que s'il s'agissait d'une palpation abdominale simple (décubitus dorsal, cuisses écartées et fléchies sur le bassin, mains croisées sous le siège).

En général, il suffit d'introduire un doigt, l'index, préala-

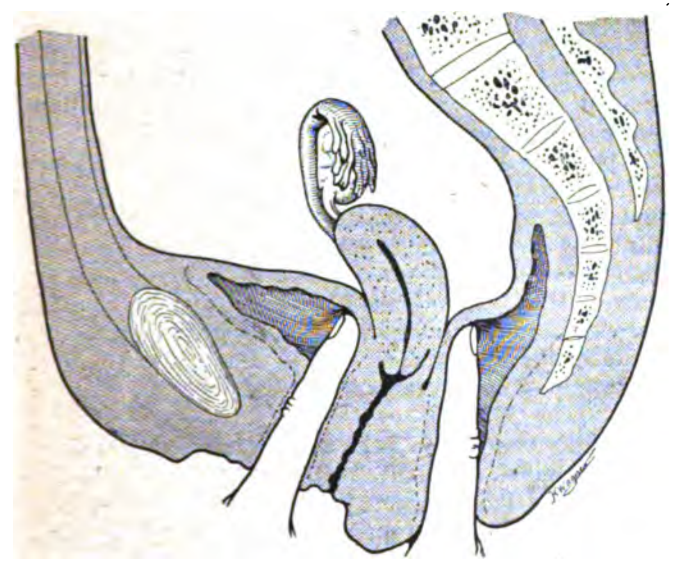


Fig. 21. — Exploration de l'isthme par les touchers vésical et rectal combinés.

blement enduit de vaseline stérilisée (avec ou sans doigtier); mais, si la vulve est suffisamment extensible, on essayera d'en introduire deux, l'index et le médius, ce qui permet un examen plus précis et plus complet. Avant tout, il faut arriver sur le museau de tanche, qui est le point de repère par excellence ; mais celui-ci ne se trouve pas toujours directement dans l'axe de la filière génitale ; il peut être caché en haut et en avant, derrière la symphyse, et alors c'est la face postérieure du corps utérin que le doigt rencontre en péné-

trant dans le vagin ; ou bien il y a antéversion exagérée, et le col se trouve repoussé en arrière, tout au fond du cul-de-sac postérieur ; dans ce cas, on a une certaine difficulté à sentir l'orifice externe ; d'autres fois, enfin, le museau de tanche est à peu près inaccessible, attiré directement en haut par une tumeur utérine à développement abdominal, ou bien encore il y a déviation latérale de l'utérus, et le col se trouve reporté du côté opposé, vers l'un des culs-de-sac latéraux. C'est dans ces cas qu'il peut être utile d'introduire deux doigts dans le vagin pour pouvoir s'orienter ; parfois on ne réussit à découvrir le museau de tanche qu'en examinant la femme debout, ou bien dans la *position de* Sims, ou encore dans la *posture génu-pectorale.*

La présence de l'hymen n'est pas toujours un obstacle au toucher vaginal ; chez certaines vierges, cette membrane, très souple, dilatable, laisse passer le doigt sans se déchirer ; dans le cas contraire, on se contentera du toucher rectal, qui renseigne quelquefois assez bien sur l'état de l'utérus et des annèxes. Mais, si ce dernier moyen était jugé insuffisant, force serait de recourir au sommeil chloroformique. La gravité de la situation peut être telle que la défloration chirurgicale s'impose sans la moindre hésitation.

Toucher rectal. — Sans avoir toute l'importance du toucher vaginal, le toucher rectal rend pourtant de grands services dans l'exploration gynécologique. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler les rapports de ce segment du gros intestin avec les organes de l'excavation pelvienne : en avant, la paroi vaginale postérieure, et plus haut, la face postérieure de l'utérus ; en arrière, la concavité du sacrum ; latéralement les fosses ischio-rectales, et, plus haut, les annexes, quand elles sont hypertrophiées, c'est-à-dire malades. Il y a donc intérêt à le pratiquer systématiquement chez toutes les femmes atteintes d'affections utéro-pelviennes ; car, bien souvent, c'est l'examen par le rectum qui vous mettra sur la voie du diagnostic ; enfin, n'oublions pas que, chez la femme vierge, chez les très jeunes filles, le toucher rectal est une ressource extrêmement précieuse, il constitue le seul moyen que nous ayons de déceler ce qui

se passe dans le petit bassin, surtout en le combinant à la palpation abdominale ; c'est encore au toucher rectal qu'on

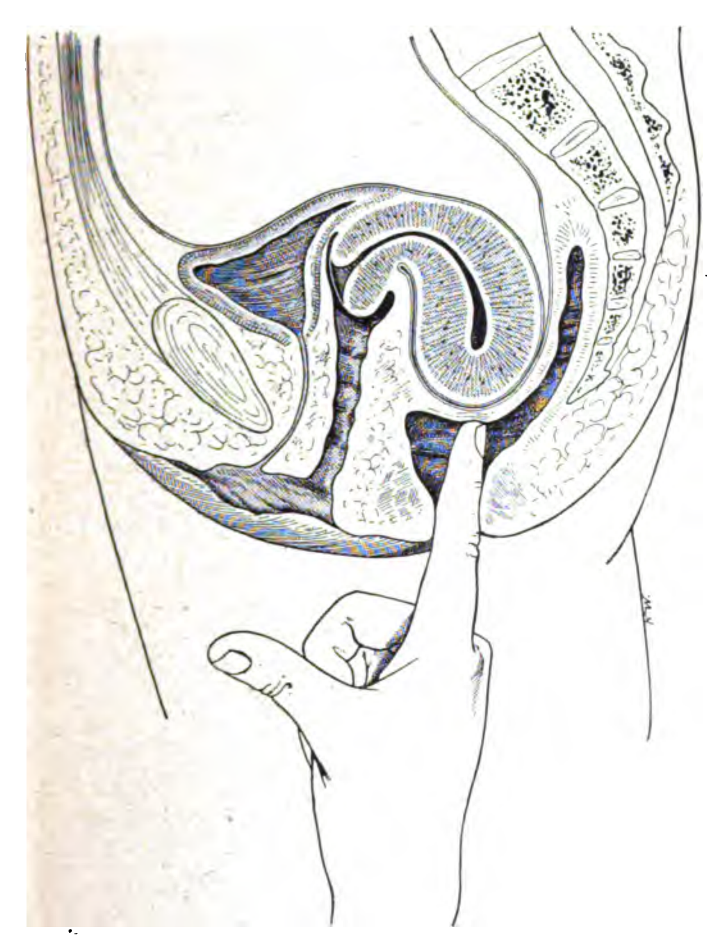


Fig. 22. — Examen de l'utérus par le toucher rectal.

devra s'adresser dans les cas de vagino-vulvite intense, mettant obstacle à l'examen vulvo-vaginal.

Pour pratiquer le toucher rectal, on peut placer la femme dans différentes attitudes : 1° dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses légèrement fléchies ; 2° dans la position de la taille ; 3° dans la position latérale de Sims ; 4° dans la position génu-pectorale.

Choisissons pour exemple la femme placée dans le décubitus dorsal ; on lui recommande de respirer largement, profondément, tranquillement ; l'index de la main droite ganté de caoutchouc (doigtier moulé sur le doigt) et copieusement graissé est doucement introduit dans l'orifice anal et obliquement dirigé en haut et un peu en avant dans le sens de la direction du rectum ; après avoir franchi la zone étroite du sphincter, il arrive dans une cavité spacieuse, l'*ampoule rectale ;* une fois là, votre doigt ne pourra percevoir que la paroi vaginale postérieure en avant, le coccyx en arrière ; il faudra le pousser beaucoup plus haut, le plus haut possible, pour reconnaître, en avant et de bas en haut, le col et la face postérieure de la matrice ; en arrière, la concavité du sacrum ; les annexes ne sont perceptibles que si elles sont volumineuses ; vous les reconnaîtrez en refoulant la paroi rectale très haut et dans le sens latéral ; mais, dans les cas de collections purulentes volumineuses et d'exsudats considérables, vous rencontrerez ces lésions beaucoup plus bas, près de l'ampoule.

Le toucher rectal est généralement bien supporté, sauf chez les femmes affligées d'hémorrhoïdes considérables et procidentes ; dans les cas de masses annexielles volumineuses, à évolution aiguë, le toucher rectal peut réveiller des souffrances très pénibles : on ne saurait donc trop recommander aux débutants de procéder avec la plus grande douceur.

Avant de pratiquer ce toucher, il serait bon de faire administrer un lavement évacuateur ; et c'est une précaution qu'on ne prend presque jamais ; aussi arrive-t-il encore assez souvent de trouver l'ampoule encombrée de matières fécales plus ou moins durcies, qui vous contraignent à ajourner la séance d'examen.

Palpation bimanuelle. — Comme le dit M. le profes-

seur Pozzi, « la palpation ou exploration bimanuelle est le mode d'investigation le plus précieux peut-être de la gynécologie ». Sa découverte appartient à Puzos, qui la pratiquait d'une manière courante au milieu du XVIIIe siècle ; elle a été tirée d'un long oubli par Schultze, en 1864.

La malade est placée soit dans le décubitus dorsal simple, soit dans la position de la taille, soit, enfin, dans la position

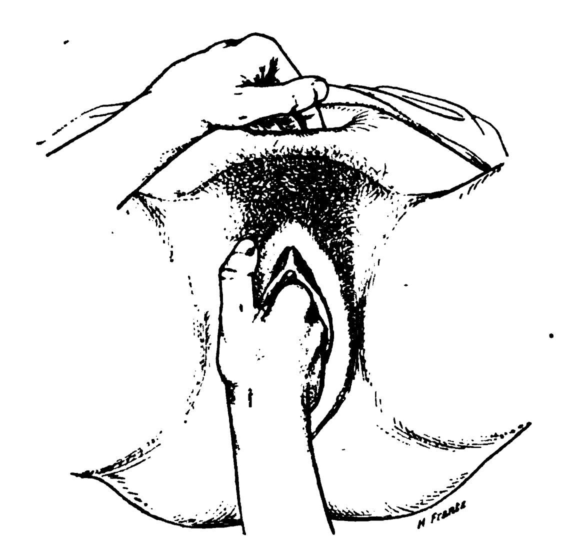


Fig. 23. — Palpation bimanuelle.

déclive de Trendelenbourg ; disons tout de suite que c'est surtout dans cette dernière attitude que l'exploration bimanuelle rend de grands services, et c'est avec raison que notre ami Jayle a tout particulièrement insisté sur ce point.

« Tandis que l'index de la main droite pratique le toucher vaginal, la main gauche est transversalement posée au-dessus du pubis et les doigts s'enfoncent doucement et refoulent les organes génitaux internes vers le doigt qui se trouve dans le vagin. On essaye tout d'abord de se rendre exactement compte de la position de l'utérus dans la région hypo-

gastrique, puis on passe aux parties latérales, et, tandis que la main abdominale déprime les flancs, le doigt vaginal va à sa rencontre, en s'enfonçant dans les culs-de-sac vaginaux ; on explore ainsi très bien la base des ligaments larges et les annexes de l'utérus anormalement augmentées de volume... L'exploration bimanuelle peut aussi être faite en combinant la palpation abdominale avec le toucher rectal ; elle est tout particulièrement utile chez les vierges dont l'hymen est inextensible. » (Pozzi.) (Voyez *fig*. 23.)

Cette exploration devrait toujours être pràtiquée, la malade étant dans la position déclive ; car, sous l'influence de cette attitude, le paquet intestinal se porte vers la voûte diaphragmatique, les parois abdominales, surtout si la femme est maigre, sont dans un état de relâchement parfait, et la vacuité du petit bassin est telle qu'on arrive très facilement à palper les annexes, à sentir la fluctuation de certaines collections tubaires, à évaluer le volume des pyosalpinx et même à faire glisser l'ovaire entre les doigts des deux mains abdominicale et vaginale. Chez les femmes très grasses, cette exploration est infiniment plus difficile, mais elle est possible, grâce à l'inclinaison du plan sur lequel repose la malade.

Examen au spéculum. — La malade étant installée dans la position dorso-sacrée gynécologique, dont nous avons déjà parlé (Voyez p. 24), on commence par lui administrer

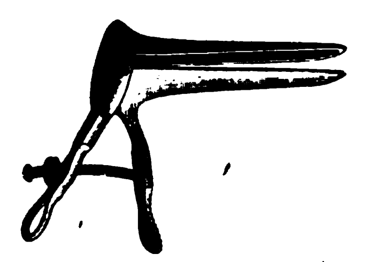




FIG. 24. — Spéculum Cusco.

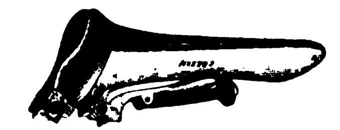


FIG. 25. — Spéculum Cusco pliant.

une injection tiède (aseptique ou antiseptique, peu importe), après quoi on pratique le toucher vaginal pour s'assurer de

la position du col et pour donner une bonne direction à l'instrument. On choisit ensuite un spéculum. Il en existe une foule de modèles plus ou moins ingénieux ; nous n'en retiendrons que deux : celui *à un seul mouvement de* Cusco et *celui à double mouvement de* Collin. Ces deux instruments sont indispensables.

Le spéculum de Cusco est celui qui répond aux indications les plus fréquentes ; il est en cuivre nickelé, à deux valves qui rappellent assez bien la configuration d'un bec de canard (*fig.* 21).

Le spéculum à double mouvement de Collin est également en cuivre et composé de deux valves, mais il permet deux mouvements : 1° bascule de deux valves l'une sur l'autre, comme le Cusco ; 2° écartement parallèle de ces deux valves dans le sens vertical (*fig.* 26).

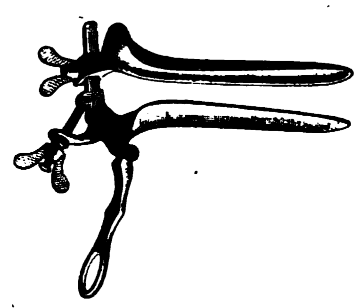


Fig. 26. — Spéculum Collin.

Mais revenons aux détails de l'examen. Pour introduire le spéculum de Cusco (préalablement stérilisé et enduit de vaseline aseptique), on déprime la fourchette avec un ou deux doigts de la main gauche, tandis que la main droite pousse l'instrument en le tenant presque vertical pour franchir l'anneau vulvaire, puis horizontal, une fois qu'il a pénétré dans le vagin ; on écarte alors les valves plus ou moins, en manœuvrant le pas de vis dont est muni l'appareil. Les choses se passent simplement si le col est situé dans l'axe du vagin ; mais, s'il y a déviation utérine, il faut recourir à certains artifices. Y a-t-il rétroversion? Le col étant dirigé en haut, contre la paroi vaginale antérieure, on doit introduire l'instrument le bec en haut, comme si l'on voulait traverser cette paroi ; s'agit-il, au contraire, d'une antéversion? Le bec du spéculum devra être dirigé en bas, on le fera glisser le long de la paroi vaginale postérieure, de manière à lui faire soulever le col. Pour saisir toutes ces

petites manœuvres, une séance de spéculum en apprend beaucoup plus que les explications théoriques les plus détaillées.

Le spéculum une fois en place, on aperçoit le museau de tanche encadré par les bords antérieurs de l'instrument ; une nouvelle injection vaginale est administrée sous une certaine pression, afin de détacher et d'entraîner les sécrétions qui masquent l'orifice externe ; on éponge ensuite avec des tampons d'ouate hydrophile stérilisée montés sur de longues pinces à pansement. Il est souvent difficile d'enlever les grosses glaires qui adhèrent aux lèvres du museau de tanche ; il faut s'y prendre un grand nombre de fois, essayer à plusieurs reprises avant de réussir ; un bon moyen consiste à promener sur toute la surface du col un petit tampon de coton imbibé d'une solution assez concentrée de carbonate de soude ; ce sel aurait la propriété de dissoudre plus ou moins bien les mucosités cervicales ; nous avons eu plus d'une fois recours à ce moyen et toujours avec un plein succès. Le col ayant été bien nettoyé et débarrassé de ses glaires, on procède, suivant les cas, à la mensuration de sa cavité, à l'introduction d'une laminaire, etc.

Examen avec les valves. — Les spéculums dont nous venons de parler peuvent être remplacés par des valves isolées, les unes plates, les autres plus ou moins creuses, longues, larges, courtes, étroites, etc. ; il en existe une foule de modèles. Pour examiner le col, il vaut mieux se servir de deux valves assez courtes, ce qui favorise l'abaissement de l'utérus. (Voy. *Hystérectomie vaginale.*)

Ce mode d'exploration est très supérieur à celui que fournit le spéculum ordinaire, car il donne beaucoup plus de jour et permet de découvrir le museau de tanche sur une plus grande surface ; le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est d'exiger le concours d'au moins un aide, même pour l'examen le plus simple ; mais toutes les fois qu'on peut disposer d'un assistant, on ne doit pas hésiter à employer les valves.

La valve la plus commode doit avoir 6 à 7 centimètres de long, 4 à 5 centimètres de largeur, et être légèrement con-

cave ; c'est celle qu'on applique sur la paroi postérieure du vagin ; la valve antérieure peut être un peu moins large. Chez les femmes affligées d'une cavité vaginale de dimensions exagérées, circonscrites par des parois charnues et très flasques, deux valves ne suffisent pas au déplissement ; on est presque toujours forcé de recourir à l'emploi d'un ou de deux écarteurs latéraux.

L'application des valves est plus facile que celle du spéculum ; elle doit toujours être précédée de l'évacuation de la vessie et du rectum. Il va sans dire que ces instruments doivent être préalablement stérilisés et enduits de vaseline.

HYSTÉROMÉTRIE

L'hystéromètre est un instrument qui nous renseigne sur la longueur, la direction et la perméabilité de la cavité utérine.

Il se compose d'une tige cylindrique métallique et malléable, longue d'environ 20 centimètres, d'un diamètre de 2 à 3 millimètres; elle se termine à l'une de ses extrémités par un col rétréci, légèrement incurvé en avant, qui supporte un petit bouton olivaire et lisse ; l'autre extrémité aboutit à un manche métallique long de 6 à 8 centimètres. La face antérieure de cette tige est aplatie et porte une graduation en centimètres. L'instrument est muni d'un anneau curseur que l'on fait glisser avec une pince, ce qui permet de mesurer assez exactement la longueur de la cavité utérine (*fig.* 27).

Fig. 27.
Hystéromètre.

Pour se servir de l'hystéromètre, il faut procéder de la manière suivante :

La malade étant placée dans la position gynécologique

ordinaire, on découvre le col au moyen du spéculum ou de deux valves qu'on confie à un aide.

Avant d'introduire l'instrument, il ne faut pas oublier de le stériliser en l'exposant à la flamme d'une lampe à alcool ; on le plonge ensuite dans de l'eau stérilisée pour le refroidir et, en même temps, s'assurer qu'il a été suffisamment chauffé ; pour faciliter son introduction, on l'enduit de *glycérine* aseptique.

Toutes ces précautions étant prises, on administre une injection vaginale au permanganate, et, après avoir asséché le vagin et essuyé le col avec des tampons d'ouate stérilisée, on introduit l'instrument en le poussant avec beaucoup de douceur. A 2 ou 3 centimètres de l'orifice externe, l'hystéromètre butte contre un obstacle physiologique, qui correspond à l'isthme, à l'orifice interne ; on attend quelques instants, puis on pousse de nouveau l'instrument, qui franchit l'isthme avec ou sans ressaut et atteint le fond de la cavité utérine où il s'arrête. On fait glisser le curseur annulaire jusqu'à l'orifice externe, l'hystéromètre est retiré doucement, et on peut lire sur sa face graduée la longueur du trajet intra-utérin. Il est rare que cette longueur soit inférieure à 7 centimètres chez la femme saine et qui a accouché.

Chez les femmes nerveuses, cette petite exploration provoque une douleur assez vive au moment où l'hystéromètre atteint l'isthme ; à ce niveau, il se produit parfois une véritable contraction spasmodique, qui arrête l'instrument pendant quelques instants ; mais l'obstacle n'est jamais infranchissable, à moins de sténose proprement dite. On note aussi une sensation, parfois très pénible, lorsque l'instrument vient butter contre le fond de la cavité utérine.

Dans les cas de flexion utérine, qu'il s'agisse d'une antéflexion ou d'une rétroflexion, l'hystéromètre rencontre un obstacle, qui n'est pas dû au spasme de l'orifice interne, car il siège presque toujours en un point plus éloigné. Si la coudure est très accusée, l'introduction est absolument impossible, car le col fuit devant l'instrument. C'est ici surtout qu'il faut s'abstenir de toute propulsion brutale ; au lieu de s'épuiser en tentatives infructueuses, il est infiniment préférable de fixer le museau de tanche au moyen d'une pince

de Museux, qui saisit la lèvre antérieure (s'il s'agit d'une rétroflexion) ou postérieure (s'il s'agit d'une flexion en avant) et qui immobilise l'organe ; grâce à cette précaution, on réussit presque toujours à entrer. Il n'en est pas moins certain que, chez quelques femmes exceptionnellement nerveuses, on échoue complètement, à cause de la douleur atroce qui accompagne toutes les tentatives d'intromission. Il faut alors se servir d'une tige beaucoup plus grêle et plus souple, comme, par exemple, les bougies uréthrales en gomme, ou bien recourir soit à la dilatation préalable du trajet utérin au moyen d'une laminaire très fine, soit au sommeil chloroformique.

Dans un certain nombre de cas, l'obstacle rencontré par l'hystéromètre est dû non à une coudure de l'organe, mais à une sténose vraie, congénitale ou cicatricielle. On essayera de supprimer l'obstacle au moyen de la dilatation lente par les laminaires, ou de la dilatation immédiate et progressive avec les bougies d'HEGAR : pour cette dernière opération, l'anesthésie générale est indispensable.

Enfin, il peut arriver que l'impossibilité d'introduire l'hystéromètre soit due à la présence d'une tumeur faisant saillie dans la cavité utérine (polype, fibrome sessile ou même cancer) ; pour reconnaître la cause de l'arrêt de l'instrument, il faudra s'adresser à la dilatation préalable du trajet intra-utérin, et cette condition ne suffit pas toujours ; on devra alors explorer la cavité utérine sous le sommeil anesthésique.

Grâce aux précautions aseptiques dont on peut toujours s'entourer, l'hystérométrie est devenue une exploration absolument inoffensive ; les accidents d'infection signalés dans les anciens traités de gynécologie ne sont plus qu'un souvenir. Mais éviter l'infection ne suffit pas, il faut encore mettre les malades à l'abri des accidents de perforation utérine ; rien n'est plus facile si l'on veut bien s'armer de patience et manœuvrer avec douceur.

La perforation utérine et l'infection ne constituent pas les seuls dangers de l'hystérométrie maladroitement exécutée : n'oublions pas que l'introduction intempestive de cet instrument peut provoquer l'avortement ; on ne saurait

donc mettre les praticiens trop en garde contre les sollicitations de certaines malades qui viennent réclamer des cautérisations intra-utérines ; en règle générale, ne vous servez jamais de l'hystéromètre sans avoir songé à la possibilité d'une grossesse et sans vous être livré à une enquête minutieuse sur l'état de la menstruation ; et surtout ne manquez jamais de vous assurer du volume de l'utérus, de sa consistance générale, et, principalement de la consistance du museau de tanche ; et il faut bien reconnaître que ces précautions ne mettent pas toujours à l'abri des plus fâcheuses surprises.

HYSTÉROSCOPIE (INSPECTION INTRA-UTÉRINE)

Ce mode d'examen est rarement employé, du moins jusqu'à présent, et on le doit déplorer, car il n'est pas douteux qu'il pourrait rendre de très grands services, fournir de précieux renseignements sur l'état de la muqueuse et de la cavité utérines ; toujours est-il que cette exploration n'est possible qu'à l'aide d'un instrument spécial, l'*hystéroscope*. C'est un tube cylindrique (comparable à un très petit spéculum de Fergusson) pourvu d'un appareil éclairant appelé *photophore*, lequel se compose d'une lampe à incandescence, d'une lentille plan-convexe et d'un prisme réflecteur. Tel est l'hystéroscope imaginé par Clado. Aujourd'hui on préfère se servir de l'appareil Judet-David, lequel est pourvu d'une *lampe interne* analogue à la lampe que l'on utilise pour l'examen de la vessie (Luys). En manœuvrant convenablement cet hystéroscope, on réussit à voir toute la cavité utérine, ce qui n'est guère possible avec les anciens instruments.

Pour pouvoir inspecter la cavité utérine, il est indispensable de la dilater préalablement au moyen de laminaires, et d'obtenir une dilatation considérable, en utilisant une dizaine de ces tiges ; de plus, il faut qu'une asepsie rigoureuse préside à toutes ces manœuvres, faute de quoi on risque de contaminer la muqueuse de la matrice et de déchaîner des complications infectieuses souvent mortelles.

Rappelons aussi que l'introduction du tube peut occasionner des *douleurs intolérables* et *même provoquer une syncope*; il est donc sage d'anesthésier le trajet intra-utérin par des attouchements à la novocaïne (à 1 ou 2 p. 100). Ajoutons, enfin, que le passage du tube hystéroscopique fait saigner la muqueuse, et que ce suintement peut gêner sérieusement l'examen ; aussi a-t-on conseillé d'associer à la novocaïne une solution d'adrénaline (à 1 p. 1000).

Dans bien des cas, il ne suffit pas de recourir à la dilatation, il faut encore pratiquer une injection intra-utérine pour débarrasser la cavité de la matrice des mucosités, caillots, fongosités, débris épithéliaux qui l'encombrent.

TOUCHER INTRA-UTÉRIN

Le toucher intra-utérin est un mode d'exploration assez rarement employé en chirurgie proprement dite. C'est principalement au cours de l'avortement ou après l'expulsion du délivre qu'il peut être utile de recourir à ce moyen pour contrôler l'état de la cavité de l'utérus. Dans ces conditions, la béance du trajet intra-utérin est toujours suffisante pour qu'on puisse se passer de toute dilatation artificielle préalable.

En dehors de l'état puerpéral, il est quelquefois indispensable d'explorer avec le doigt les parois de la cavité utérine dans le but de vérifier un diagnostic hésitant, comme, par exemple, pour rechercher la cause de certaines métrorrhagies, en l'absence de toute tumeur utérine apparente. Chez les porteuses de fibromes sous-muqueux, de petits polypes du fond, le toucher intra-utérin fournit souvent de précieux renseignements. Dans ces cas, la dilatation préalable est presque toujours nécessaire, et il est bon de la pousser assez loin si l'on tient à faire un examen vraiment utile.

Il n'est guère possible de procéder à cette exploration sans anesthésie générale, car les manœuvres auxquelles on est obligé de se livrer sont ordinairement très pénibles pour la patiente, voire même intolérables. On profitera du som-

meil chloroformique pour compléter la dilatation commencée par les laminaires, au moyen des grosses bougies d'HEGAR ou du divulseur de SIMS ou de COLLIN.

Avant de pratiquer ce toucher, on aura pris la précaution : 1° de désinfecter le vagin suivant les règles que nous avons déjà indiquées ; 2° de s'aseptiser les mains avec autant de soin que s'il s'agissait d'une opération sanglante intra-abdominale (Voyez pp. 23-24).

La malade sera installée dans la position dorso-sacrée, qui est la plus commode, et le chirurgien procédera comme pour un examen par la palpation bimanuelle (Voyez pp. 29-41).

FIG. 28. — Toucher intra-utérin.

L'exploration terminée, on administre une nouvelle injection vaginale, et une mèche de gaze stérilisée est placée dans le vagin, pour recevoir les sécrétions venant de l'utérus. Enfin, on recommandera à la malade de garder le repos au lit pendant douze heures.

Quelques chirurgiens font une irrigation intra-utérine avant et après l'examen : c'est une précaution de plus qu'on aurait tort de négliger.

DILATATION DE L'UTÉRUS

La dilatation de la cavité utérine n'a pas seulement pour but de permettre le toucher intra-utérin ; avant tout, elle constitue le premier temps de certaines opérations, telles que le curettage, de certains pansements, comme la cautérisation de la muqueuse, les irrigations antiseptiques, etc.

Pour réaliser la dilatation de l'utérus, on peut recourir à plusieurs procédés, les uns sanglants, les autres non sanglants.

Procédés sanglants. — Nous ne les mentionnons que pour les condamner. Ce sont : le *débridement de l'orifice externe*, l'*incision bilatérale du col*, etc. Autrefois très employés, ces moyens sont aujourd'hui repoussés par tous les chirurgiens. A proprement parler, il ne s'agit pas là de procédés de dilatation, mais de temps opératoires préliminaires, utilisés pour l'extirpation de tumeurs cervicales, etc. C'est à ce point de vue seulement qu'ils méritent d'être conservés.

Procédés non sanglants. — Ce sont les seuls qui valent la peine d'être étudiés.

On distingue : la *divulsion ;* la *dilatation immédiate progressive ;* la *dilatation lente.*

Divulsion. — C'est une dilatation immédiate, forcée, qui s'exécute au moyen d'instruments à deux ou trois branches appelés *divulseurs*. Ceux de Collin (*fig.*29) et Sims sont les plus connus ; ils agissent par pression excentrique, d'une manière inégale et brutale. A notre avis, on ne doit recourir à ce moyen que sous le sommeil chloroformique — à cause de la douleur très vive qu'il provoque — et uniquement pour achever la dilatation commencée par les laminaires. Le divulseur est, en somme, un instrument dangereux, qu'il faut manier avec infiniment de prudence.

Dilatation immédiate et progressive. — On la réalise ordinairement au moyen des *bougies* dites d'HEGAR ; ce sont des bougies métalliques, nickelées, coniques à l'une de leurs extrémités, longues de 12 à 14 centimètres et graduées ; l'autre extrémité se termine par une poignée aplatie (*fig.* 30). Certains chirurgiens préfèrent la dilatation obtenue par ces tiges à tous les autres procédés ; ils se servent de ces bougies sans dilatation préalable par les laminaires, et sans endormir les malades. Voici comment on procède :

La patiente — endormie ou non — est placée dans la position dorso-sacrée, comme pour l'examen au spéculum. Après avoir soigneusement lavé la vulve et le vagin avec du savon et de l'eau chaude, et administré une injection vaginale antiseptique, on confie à un aide la tâche d'écarter les parois vaginales au moyen de deux valves larges et courtes (à la rigueur, on pourrait se servir d'un grand spéculum, mais c'est bien moins commode). Il va sans dire que tous les instruments ont été préalablement stérilisés.

Le chirurgien fixe le col avec une pince tire-balle qui saisit la lèvre postérieure ; avec la main droite il pousse doucement dans la cavité utérine un hystéromètre, afin de vérifier la perméabilité du trajet intra-utérin et sa direction générale. Une première bougie de faible calibre, dépassant un peu celui de l'hystéromètre, stérilisée et enduite de vaseline aseptique, est alors introduite ***sans brusquerie*** et ***sans secousse*** jusqu'au fond de l'utérus ; elle est aussitôt retirée et

Fig. 29. Divulseur.

Fig. 30.

remplacée par une bougie plus forte, et ainsi de suite jusqu'à ce que la dilatation soit jugée suffisante. Dès la première bougie, on rencontre un obstacle momentané au niveau de l'isthme, obstacle presque toujours dû à un spasme ; cet obstacle peut être immédiatement franchi ou persister pendant un certain temps ; dans ce dernier cas, il suffit de laisser la bougie au contact du point qui résiste pendant quelques secondes à une ou deux minutes, et ainsi des autres. Si l'obstacle est dû à une sténose congénitale ou cicatricielle, il faudra beaucoup plus de temps et beaucoup plus de force pour en venir à bout ; parfois même on est obligé d'y renoncer de crainte d'amener une perforation.

La dilatation terminée, on passe soit au curettage, soit aux irrigations, soit à la cautérisation intra-utérine, opérations dont on trouvera la description ailleurs (Voyez p. 144). Dans les cas où il s'agit tout simplement d'obtenir la dilatation de l'utérus en vue de combattre des métrorrhagies ou des symptômes de congestion pelvienne, on terminera la séance en administrant une nouvelle injection vaginale pour débarrasser le vagin du sang et des mucosités venus de l'utérus au cours des manœuvres d'introduction des bougies ; une mèche de gaze stérilisée ou faiblement antiseptique est placée dans la cavité utérine au moyen d'une pince à mors très longs et très étroits. Pansement du vagin avec de la gaze aseptique.

Dilatation lente. — C'est la méthode de choix, celle qui procure la dilatation la plus parfaite, et cela sans qu'on risque de perforer la matrice. Elle est basée sur la propriété qu'offrent certaines substances de se dilater spontanément lorsqu'on les laisse séjourner dans un milieu humide et chaud (*fig.* 19). On s'est servi, dans ce but, de *cônes d'éponges préparées*, de tiges de *gentiane*, de *tupelo*, d'*ivoire décalcifié*, etc. ; mais rien ne vaut les *tiges de laminaire* (algue nommée *laminaria digitata*), recommandées par SBAU, en 1862. On les prépare sous la forme de tiges cylindriques lisses, à bout conique ou arrondi, longues d'environ 6 centimètres ; elles sont ordinairement graduées suivant la filière CHARRIÈRE ; une anse de fil de soie, qui sert à les retirer de l'utérus, tra-

verse une des extrémités. On les conserve, à l'abri de l'humidité, dans de l'éther, après les avoir stérilisées à l'autoclave.

Pour se servir des laminaires, on installe la femme dans la même position que pour l'introduction des bougies d'Hegar. L'anesthésie est complètement inutile. Après désinfection et nettoyage de la vulve et du vagin, comme il a été indiqué plus haut, on découvre le col au moyen d'un spéculum ordinaire préalablement stérilisé ; mais, si l'on peut disposer d'un aide, les valves valent infiniment mieux. Le chirurgien

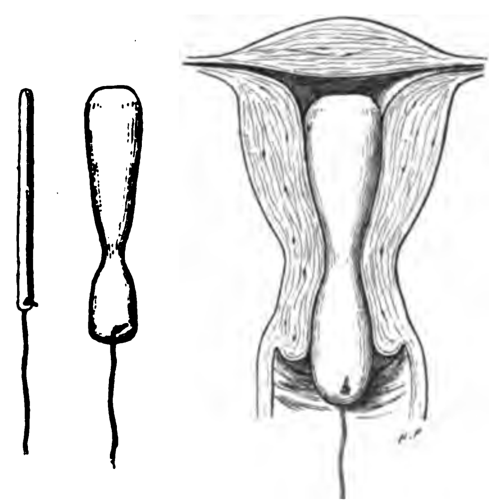


Fig. 31. — Laminaires avant et après leur séjour dans la cavité utérine.

vérifie la perméabilité et la direction du trajet intra-utérin au moyen de l'hystéromètre : c'est une formalité qu'il ne faut jamais oublier.

Après avoir incurvé plus ou moins la tige pour l'adapter (*fig.* 32), s'il y a lieu, à la courbure du trajet intra-utérin, on la saisit avec une pince par l'extrémité munie du fil de soie et on l'introduit tout entière dans l'utérus, en la poussant *doucement* jusqu'au fond. Assez souvent on réussit du premier coup, et, si la laminaire est de très faible calibre, sans même sentir de ressaut au niveau de l'isthme, sans causer la

moindre douleur à la malade. On achève la séance en tassant de la gaze dans le vagin, au-devant du museau de tanche ; ce tamponnement s'oppose à la sortie de la laminaire. Mais il n'est pas rare de rencontrer un obstacle au niveau de l'orifice interne du col, surtout si l'on se sert d'une tige de moyen calibre (et il y a avantage à le faire pour épargner aux malades les ennuis de plusieurs séances). Dans la plupart des cas, cet obstacle est dû à une contraction spasmodique de l'isthme, comme nous l'avons déjà dit ; il faut attendre pendant quelques secondes, puis pousser de nouveau la tige, qui finit par pénétrer ; mais il peut se faire

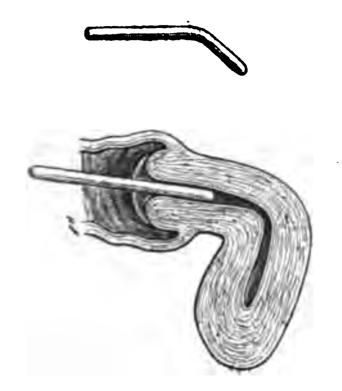




FIG. 32.



FIG. 33. — Laminaire dans la cavité utérine; on voit le petit tampon de coton qui s'oppose à la sortie de la tige.

que le spasme se renouvelle à chaque tentative de propulsion ; on recommencera avec une tige de calibre inférieur enduite de *glycérine* stérilisée ; en cas d'insuccès, on n'hésitera pas à fixer le col avec la pince tire-balle ; c'est un artifice qui réussit presque toujours, mais auquel on évite de recourir à cause de la douleur assez vive qu'il provoque. D'autres fois la laminaire, introduite avec la plus grande facilité, refuse de rester dans la cavité utérine : elle est immédiatement « recrachée » à chaque nouvelle tentative ; cela s'observe ordinairement chez les femmes atteintes

d'anté ou de rétroflexion un peu prononcée. Comment réussir? Nous conseillons d'employer le petit artifice suivant : tandis qu'un aide maintient avec le mors d'une pince l'extrémité de la tige au ras de l'orifice externe du col, le chirurgien refoule cette extrémité avec un petit tampon de gaze qui entre à frottement et bouche l'orifice du museau de tanche devant la tige (*fig.* 33).

On termine la séance en tassant de la gaze stérilisée dans le vagin, au-devant du col, pour empêcher la sortie de la laminaire. La malade doit garder le lit dans le décubitus dorsal, la tête basse, pendant environ douze à vingt-quatre heures ; il lui est formellement interdit de s'asseoir dans son lit. La dilatation de la matrice s'accompagne presque toujours, surtout pour les premières séances, de tiraillements assez pénibles, et, chez les femmes très nerveuses, d'élancements douloureux qui peuvent empêcher tout sommeil. On combattra ces symptômes au moyen de suppositoires à la belladone et à la morphine ; en cas d'insuccès, il ne faut pas hésiter à recourir aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine (5 milligrammes à 1 centigramme au maximum).

Si l'on a pu employer, dès le début, une laminaire d'assez fort calibre, la dilatation ainsi obtenue est souvent suffisante pour permettre le curettage. En général, il faut au moins trois séances pour pouvoir opérer dans des conditions avantageuses. Il est vrai qu'il est toujours possible de compléter la dilatation commencée avec les laminaires en utilisant, immédiatement avant l'opération, les bougies d'Hegar et le divulseur à trois branches ; mais le résultat obtenu par ce moyen ne vaut pas celui que procure la dilatation lentement réalisée par cinq ou six laminaires de grosseur progressivement croissante : on a alors une cavité utérine assez large pour admettre facilement le pouce et, parfois même, l'index et le médius réunis; les parois de l'organe se sont ramollies, assouplies, de sorte que la curette entame plus facilement la muqueuse ; grâce à cette béance, le chirurgien est plus à l'aise pour manœuvrer son instrument, pour le porter sur tous les points de la surface interne de l'organe, sans oublier le fond ni la région des cornes.

En somme, la dilatation lente doit toujours être préférée à la dilatation immédiate et progressive, car elle est plus efficace et n'expose jamais aux perforations. On peut en excepter les utérus puerpéraux, à cause de la souplesse de leurs parois et de la béance du trajet intra-utérin ; ici la laminaire est ordinairement inutile ; il suffit de passer quelques grosses bougies et le divulseur pour obtenir une perméabilité suffisante à l'introduction et aux manœuvres de la curette.

Il est certain que les laminaires ne doivent pas être employées à tort et à travers ; il importe de tenir compte de certaines contre-indications. Ainsi, chez les femmes atteintes de lésions annexielles en activité, accompagnées de fièvre, d'un état général inquiétant, on fera bien de s'abstenir. On agira de même toutes les fois que l'introduction de ces tiges provoque, séance tenante, des douleurs vives et des nausées, du malaise, etc. ; dans ces conditions, il est prudent de ne pas insister ; n'insistez pas non plus si l'isthme s'oppose opiniâtrément au passage de la tige ; vous aurez tout à gagner en remettant la séance à une autre fois.

Enfin, on ne saurait clore ce sujet sans rappeler au praticien que la dilatation par les laminaires est un moyen très employé par certaines matrones pour provoquer l'avortement : toutes les fois que vous aurez à vous servir de ces tiges, songez toujours à la possibilité d'une grossesse et assurez-vous, par un examen aussi rigoureux que possible, que l'utérus, que vous vous proposez de dilater, n'est pas un utérus gravide.

Quelques chirurgiens se sont complus à décrire les complications qui surgissent à la suite de l'emploi des laminaires : ils parlent de douleurs intolérables, de poussées fébriles, de délire, d'infection péritonéo-annexielle, etc. Il est évident que ces accidents et même la mort sont possibles, si le chirurgien oublie de se conformer aux règles de l'asepsie ; il y a, en effet, des praticiens qui croient pouvoir se dispenser « d'être propres » sous prétexte qu'il s'agit d'une intervention insignifiante au point de vue chirurgical ; c'est ce qui explique la genèse d'accidents formidables que l'on s'est empressé de mettre sur le compte de la dilatation lente,

tandis que l'opérateur était seul responsable de tout le mal.

Le seul reproche fondé que l'on puisse adresser à cette méthode c'est de provoquer des douleurs assez vives chez les femmes exceptionnellement nerveuses ; mais il est très facile, nous l'avons déjà dit, de supprimer ce désagrément au moyen de suppositoires calmants ou d'une injection sous-cutanée de morphine.

INJECTIONS VAGINALES

Par injection vaginale il faut entendre la projection d'une certaine quantité de liquide — eau simplement stérilisée ou



Fig. 34. — Bassin plat pour injections vaginales faites au lit.

solution médicamenteuse — dans la cavité vaginale ; après avoir baigné les parois du vagin et le col de l'utérus, le

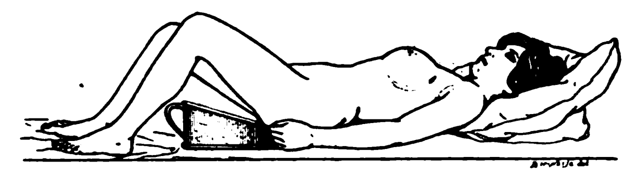


Fig. 35. — Manière de prendre une injection vaginale au lit.

liquide injecté s'échappe aussitôt par la vulve, à moins qu'on ne veuille le maintenir pendant un certain temps dans cette cavité, dans un but thérapeutique.

Nous venons de dire que le liquide injecté ressort immédiatement par la vulve ; cela est exact si la femme s'est

administrée l'injection en se tenant debout ou accroupie ; au contraire, si l'injection est prise dans le décubitus dorsal ou latéral, une faible partie liquide a tendance à stagner au fond du vagin, dans les culs-de-sac, jusqu'à ce que la femme ait repris la position verticale ; pourtant, chez les femmes jeunes, douées d'un périnée indemne, une partie de liquide peut être retenue pendant un laps de temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'elle soit chassée hors du conduit sous l'influence d'une contraction musculaire énergique (marche, rire, éternuement, toux, etc.).

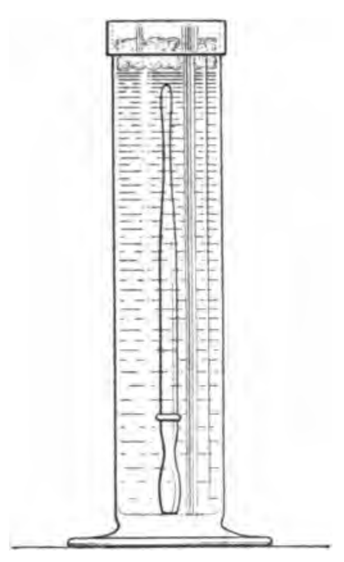


Fig. 36. — Canule pour injections vaginales conservée dans un liquide antiseptique.

Les injections vaginales sont indiquées toutes les fois qu'on se propose : 1° d'exercer une action mécanique à la surface des parois vaginales ; 2° d'obtenir une action thérapeutique sur : *a*) la muqueuse vaginale altérée ; *b*) le museau de tanche; *c*) et, plus indirectement, sur le corps utérin, sur le paramétrium et sur les annexes de la matrice.

Pour administrer ces injections, on se sert ordinairement de l'appareil vulgairement dénommé *bock à injections*, *laveur*, *douche vaginale ;* c'est un récipient — en verre ou en fer émaillé — de forme demi-cylindrique muni d'une tubulure à laquelle on adapte un long tube de caoutchouc terminé par une canule (*fig.* 39 et 40) *en verre*, longue de 15 à 20 centimètres; on peut employer une canule conique pourvue d'un seul orifice central ; mais beaucoup de chirurgiens se servent d'une canule dont l'extrémité libre, légèrement renflée, est percée de plusieurs orifices, en pomme d'arrosoir. La contenance de ces laveurs est généralement de 2 litres, plus rarement de 1 ou de 3 litres ; il est

exceptionnel qu'on ait besoin de bocks d'une contenance supérieure à 3 litres.

Pour administrer une injection vaginale dans de bonnes conditions, installez la femme dans le décubitus dorsal, le bassin un peu relevé et reposant sur un récipient plat comme le montrent la figure 35 ; on ne saurait trop recommander d'éviter la position accroupie ou la position assise sur un bidet.

Il va sans dire que l'appareil entier (bock, tube, canule)





Fig. 37. — Laveur en verre.

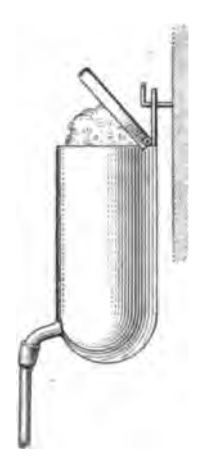


Fig. 38. — Bock-laveur muni d'un couvercle doublé d'ouate destinée à filtrer l'air.

aura été préalablement nettoyé avec le plus grand soin ; il serait évidemment exagéré de recourir à la stérilisation (autoclave, ébullition) chaque fois, avant de vous servir de ces objets ; il suffira de laver le récipient au savon et à l'eau chaude ou de le nettoyer avec une solution forte de carbonate de soude, sans oublier de le rincer ensuite copieusement avec de l'eau bouillie ; quant au tube de caoutchouc et à la canule, il sera sage de les soumettre à l'ébullition une ou deux fois par semaine ; mais, avant chaque injection, faites circuler dans le tube un ou deux litres d'eau bouillie chaude,

et, après usage, conservez la canule dans une éprouvette contenant une solution de sublimé ou d'oxycyanure (à 1 p. 1000), et, pour éviter les souillures par les poussières ambiantes, bouchez l'éprouvette avec un tampon d'ouate hydrophile (*fig.* 38).

La stérilisation rigoureuse à l'autoclave ou par l'ébullition n'est indiquée que si vous devez vous servir du laveur au cours d'une opération sanglante (colporrhaphie, périnéorrha-

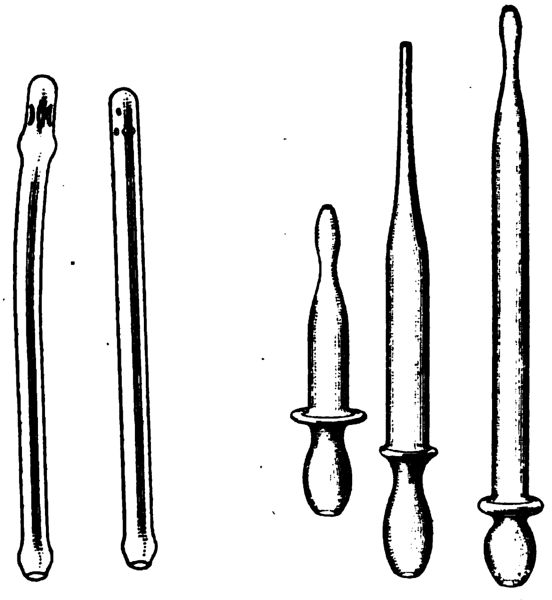


Fig. 39. — Canules vaginales à plusieurs trous.

Fig. 40. — Canules pour injections vaginales à orifice central.

phie, curettage, etc.) ou pour désinfecter le champ opératoire (hystérectomie vaginale, amputation du col, etc.).

Au moment de donner l'injection, ne manquez jamais de nettoyer la vulve avec une compresse ou un tampon d'ouate hydrophile stérilisés imbibés d'une solution antiseptique faible (oxycyanure à 1 p. 5000) ; vous pourriez aussi vous servir d'eau tiède et de savon, et rincez bien à l'eau bouillie

tiède. Cette toilette est d'autant plus nécessaire que la plupart des malades ont leurs organes génitaux externes souillés de sang ou de mucosités provenant du vagin ou du col (métrorrhagies, leucorrhée purulente ou muco-purulente) ; après avoir rincé, écartez avec les doigts de la main gauche les grandes lèvres, et, de la main droite, introduisez doucement la canule dans le vagin en suivant la paroi postérieure ; pendant que le liquide coule, appuyez avec la canule sur la commissure postérieure pour favoriser la sortie de la solution ; enfin, déprimez la fourchette ou recommandez à la malade de tousser pour amener le reste.



Fig. 41. — Canule atherma.

En général, la quantité de liquide utilisé pour une injection varie de 1 à 2 litres ; *on ne doit jamais employer de l'eau ni des solutions froides ;* contre les hémorragies, il faut prescrire des injections aussi chaudes que possible, ou plutôt aussi chaudes que les malades peuvent les supporter : dans ces cas, la température doit osciller entre 40 et 42° ; il est tout à fait exceptionnel qu'on ait besoin de recommander des irrigations à 50° ; dans ces dernières conditions, il est sage de prescrire l'usage de canules spéciales dites *canules atherma* à double courant, afin d'éviter les brûlures de la vulve et du périnée (*fig.*41) : le liquide arrive par le tube intérieur *a*, retourne par le tube extérieur *b* et s'échappe par la tubulure *c*; ces deux tubes sont en grande partie contenus dans un renflement ampullaire qui pénètre à frottement dans l'orifice vulvo-vaginal et l'obture parfaitement ; il faut veiller à ce que l'appareil soit suffisamment enfoncé, faute de quoi le liquide de l'injection pourrait baver latéralement et causer des brûlures qu'il s'agit précisément d'éviter.

Rien de plus variable que le liquide employé pour les injections vagino-cervicales.

Le plus simple est l'eau qui a bouilli pendant au moins un quart d'heure.

Les solutions les plus recommandées sont : la solution de *sublimé corrosif* à 1 p. 1000 ou 1 p. 2000 ; celle d'*oxycyanure de Hg*, à 1 ou 2 p. 1000 ; celle de *permanganate de potasse* à 1 p. 2000 ; l'*eau oxygénée diluée* (1 partie d'eau oxygénée à 12 volumes pour 4 ou 5 parties d'eau bouillie) ; les solutions de *tannin*, d'*alun* (1 cuillerée à café pour 1 litre d'eau bouillie) sont aussi très utiles ; nous en dirons autant des décoctions de *têtes de pavots* (2 têtes pour 1 litre) et des *feuilles de noyer* (4 ou 5 feuilles pour 1 litre) ; nous ne citerons que pour mémoire la solution *boriquée* (20 à 40 grammes de sel pour 1 litre d'eau bouillie), autrefois très prisée, mais dont l'inefficacité est aujourd'hui universellement reconnue.

Citons encore, pour être complet : le *lysol* à 1 p. 200 ; le *lusoforme* (1 cuillerée à café pour 1 litre) ; l'*aniodol* (mêmes proportions), le *phénosalyl*, le *protargol* (1 p. 500).

Nous l'avons déjà dit : *il ne faut jamais prescrire d'injections froides ;* en général, les *solutions tièdes* (37 à 38°) sont les plus employées, à moins d'avoir à combattre des hémorragies ; rappelons aussi que les injections très chaudes sont recommandées pour traiter les phlegmasies aiguës du pelvis (salpingo-ovarites, pelvi-péritonite, péri-métro-salpingite), ainsi que les poussées congestives de l'utérus et des annexes.

Nous savons, aujourd'hui, que la désinfection du vagin par les irrigations antiseptiques est chose irréalisable [1].

En réalité, tout ce qu'il est permis d'espérer des irrigations vaginales, c'est une *action mécanique*, la détersion et,

1. A propos de la désinfection du vagin, il est bon de rappeler que la *septicité des sécrétions vaginales a été très exagérée ;* en réalité, la contamination du péritoine par le vagin n'est à redouter que si la muqueuse de ce conduit est atteinte de lésions septiques ; en dehors de cette circonstance le *péril vaginal n'existe pas* (RICHELOT) : nous en avons la meilleure preuve dans la bénignité des opérations faites par la voie basse, surtout de l'hystérectomie vaginale ; rien de plus instructif, à ce sujet, que de comparer les résultats immédiats de l'hystérectomie pour cancer par la voie vaginale et par la voie haute (voy. p. 565).

en quelque sorte, le balayage — qu'on nous passe ce mot — de la surface de la muqueuse et de ses replis et dépressions ; le courant liquide entraîne avec plus ou moins de force (suivant la hauteur à laquelle on place le récipient) les mucosités, les débris épithéliaux, ainsi que les sécrétions pathologiques provenant des parois du canal, et de la cavité de la matrice. Ce nettoyage mécanique est tout ce qu'il y a de plus réel, et il nous paraît superflu d'insister sur son extrême importance au point de vue thérapeutique.

Nous venons de dire qu'il est absolument impossible de réaliser l'asepsie de la cavité vaginale ; mais on aurait tort d'en conclure que les irrigations antiseptiques constituent une vaine formalité ; elles rendent, au contraire, de très réels services en combattant la fétidité de certaines sécrétions pathologiques ; de plus, le liquide antiseptique retenu dans les replis et dépressions de la muqueuse atténue, dans une certaine mesure, la virulence d'un grand nombre de bactéries ; il peut même, dans bien des cas, retarder ou prévenir l'explosion d'accidents fort graves.

Ce n'est pas tout : par la chaleur qu'elles dégagent, les irrigations vaginales ont une action thérapeutique qu'il serait puéril de contester ; cette action thérapeutique, décongestionnante, révulsive, s'exerce principalement sur le col utérin et sur les culs-de-sac vaginaux, et, par l'intermédiaire de ceux-ci, sur le paramétrium et même sur les annexes, ovaires et trompes. Nous avons tous eu l'occasion de constater l'influence bienfaisante exercée par les injections vaginales chaudes et prolongées sur les métrorrhagies des corps fibreux, sur les phénomènes douloureux qui accompagnent l'évolution des salpingo-ovarites, etc.

PANSEMENTS INTRA-UTÉRINS

Après l'accouchement ou l'avortement, il est facile d'appliquer un pansement à la surface de la muqueuse utérine, grâce à la béance des orifices et du trajet intra-utérin. En dehors de la puerpéralité, on est presque toujours obligé de

recourir à la dilatation préalable suivant la technique déjà décrite (Voyez p. 53). Veut-on faire des attouchements avec une substance liquide (naphtol camphré, teinture d'iode, eau oxygénée étendue, solution de protargol, etc.)? On se servira d'un petit tampon de coton stérilisé imbibé du liquide choisi et monté sur une pince à mors longs et grêles (*fig.* 3). Rien de plus simple que d'introduire ce tampon dans la cavité utérine et de le promener successivement sur les parois, les bords, les angles. S'agit-il, au contraire, d'un corps pulvérulent (iodoforme, salol, tannin), il suffira de saupoudrer le tampon d'ouate avec la poudre médicamenteuse et de la manœuvrer de la même façon. D'autres fois, c'est un crayon médicamenteux qu'on abandonne dans la cavité utérine ; on l'introduira très aisément en le saisissant avec une pince par l'une de ses extrémités : deux tampons stérilisés placés devant le museau de tanche s'opposeront à la sortie du crayon et à sa chute dans le vagin. Enfin, il peut être nécessaire d'introduire une mèche de gaze et de l'y laisser à demeure pendant un jour ou deux ; c'est une opération un peu plus compliquée. Après avoir fixé le col avec une pince de MUSEUX, qu'il tient de la main gauche, le chirurgien pousse la lanière de gaze (simplement stérilisée ou médicamenteuse) dans la cavité utérine à l'aide d'une pince à mors longs et grêles ; s'il est nécessaire de *tasser* un peu la mèche dans le fond du trajet intra-utérin, nous ne saurions trop recommander de procéder avec beaucoup de douceur pour éviter les « échappées », qui risqueraient d'amener une perforation de la paroi. Pansement du vagin avec de la gaze stérilisée.

On conçoit sans peine qu'il est à peu près impossible de faire ces petits pansements sans dilatation préalable ; il faut toutefois en excepter les crayons médicamenteux, qui passent facilement, pourvu que l'utérus ne soit ni anté ni rétro-fléchi. Ajoutons que, dans certains cas, même lorsqu'il s'agit d'un crayon, on est obligé de fixer avec une pince le col qui, sans cette précaution, fuirait obstinément à chaque tentative d'introduction.

Quelques chirurgiens préconisent des pansements laissés à demeure dans la cavité utérine (lanières de gaze antisep-

tique à l'iodoforme, au salol, à l'ectogan) ; ces substances peu irritantes sont généralement bien tolérées. Nous n'en dirons pas autant de certains corps trop actifs tels que le *naphtol camphré*, la *teinture d'iode*, le *phénol*, le *phénosalyl*, avec lesquels on imprègne des mèches de gaze ; et nous ne saurions trop détourner les praticiens de recourir à ces sortes de pansements.

En effet, la teinture d'iode, la naphtol, l'ectogan, le protargol rendent de grands services lorsqu'on s'en sert pour faire des attouchements ; en revanche ils sont très mal supportés si on les laisse séjourner longtemps au contact de la muqueuse utérine ; ils peuvent même occasionner des accidents graves (intoxication, coliques intolérables, inflammation des annexes, du péritoine). On peut en dire autant des crayons médicamenteux dont l'action est singulièrement inégale et infidèle ; et, à ce propos, nous croyons devoir citer deux exemples personnels de l'intolérance de l'utérus à l'égard de ces applications : nous avons vu survenir des coliques atrocement douloureuses, accompagnées de phénomènes alarmants : refroidissement des extrémités, sueurs froides, petitesse du pouls, tendances à la syncope, etc., pour avoir placé des crayons à l'ichthyol à demeure dans la cavité utérine ; et, fait important à retenir : les accidents s'étaient déclarés plusieurs heures après l'introduction de ces topiques. Depuis, nous avons complètement renoncé aux crayons médicamenteux, et, d'une manière générale, à toute drogue active laissée à demeure dans la cavité utérine.

CAUTÉRISATION INTRA-UTÉRINE

Une foule de substances ont été préconisées pour la cautérisation de la muqueuse utérine ; nous ne retiendrons que les plus usitées, qui sont la *teinture d'iode*, l'*eau oxygénée*, le *chlorure de zinc*, le *caustique de* Filhos, le *nitrate d'argent*, l'*acide chromique*.

Toute cautérisation intra-utérine doit être précédée de la dilatation lente de l'organe au moyen de laminaires ; on peut

toutefois faire une exception en faveur de l'utérus puerpéral, dont la cavité reste pendant assez longtemps suffisamment béante pour admettre la canule de la seringue de BRAUN ou un petit tampon monté sur une pince à mors très étroits (*fig.* 43).

Chez certaines femmes, on observe, même en dehors de l'état puerpéral, des utérus dont la cavité est aisément perméable à l'ingénieux porte-mèche construit par COLLIN (Voyez *fig.* 42). Il n'en est pas moins certain que la dilatation préalable doit être préférée toutes les fois qu'elle est réalisable dans de bonnes conditions. Quant à la dilatation immédiate et progressive au moyen des bougies d'HEGAR on peut être forcé d'y recourir, mais l'anesthésie générale est alors presque toujours nécessaire ; on doit en dire autant de la dilatation obtenue avec le divulseur de COLLIN. (Page 52.)

Le manuel opératoire généralement adopté est fort simple. La malade est placée dans la position dorso-sacrée comme pour un examen au spéculum. Si l'on peut disposer d'un aide, on se servira de deux valves pour découvrir le col ; dans le cas contraire, le spéculum de CUSCO, celui de COLLIN rempliront le même office.

FIG. 42. Porte-mèche de COLLIN.

FIG. 43. Pince utérine de COLLIN.

Il faut commencer par administrer une injection vaginale chaude ; après avoir asséché le vagin et le museau de tanche avec du coton stérilisé, on fera bien de placer un tampon de gaze dans le cul-de-sac postérieur pour

éviter les brûlures de la paroi vaginale par les « bavures » de certaines substances trop corrosives. Quelques chirurgiens conseillent avec raison d'enduire de vaseline stérilisée le col et les culs-de-sac ; ces deux précautions ne nous semblent pas superflues.



Fig. 44. — Seringue de Braun et sa canule.

Après avoir fixé le museau de tanche avec une pince tire-balle (page 144) qui saisit sa lèvre postérieure, on procédera à la cautérisation d'une manière un peu différente suivant la nature du topique choisi. Ainsi, rien de plus facile que de badigeonner les parois de la cavité utérine avec un petit tampon de ouate imbibé de teinture d'iode *fraîche;* le liquide, mêlé parfois d'un peu de sang et de glaires qui ressort, sera reçu sur des tampons de coton ; on termine la séance en donnant une nouvelle injection chaude et en bourrant le vagin avec de la gaze stérilisée.

La cautérisation à l'eau oxygénée *pure* s'opère de la même manière ; inutile d'y insister ; mais le chlorure de zinc, l'acide chromique, le nitrate d'argent ne doivent pas être employés avec la même profusion ; ces topiques sont dangereux entre des mains maladroites ; on peut en dire autant du caustique de Filhos.

Le chlorure de zinc (sol. aqueuse à 1 pour 20) est ordinairement porté dans la cavité utérine au moyen de la *seringue de* Braun[1] (*fig.* 44), et

1. La *seringue de* Braun est avantageusement remplacée par la

instillé, pour ainsi dire, goutte à goutte jusqu'à concurrence d'un gramme de solution. DELBET conseille l'irrigation continue du vagin avec de l'eau boriquée pour éviter les eschares. Ces instillations ont l'inconvénient d'être fort douloureuses.

L'acide chromique (solution aqueuse à 1 p. 50) doit être manié avec beaucoup de prudence à cause de ses propriétés corrosives ; c'est, d'ailleurs, un topique des plus infidèles. On l'emploie de la même façon que le chlorure de zinc. Même remarque pour le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, la créosote (créosote, 1 partie ; glycérine, 10 parties).

Le caustique de FILHOS étant surtout destiné au traitement de la métrite cervicale chronique ; nous en parlerons longuement à propos de cette affection (Voyez p. 272). Mais nous avons eu l'occasion de l'employer avec succès dans plusieurs cas d'endométrite totale chronique. Voici la technique que nous recommandons. Comme il serait extrêmement imprudent d'introduire le crayon lui-même jusqu'au fond de la cavité utérine, nous avons recours à l'artifice suivant : frictions exercées avec l'extrémité du crayon sur du coton préalablement humecté et enroulé autour du porte-mèche flexible de COLLIN ; l'extrémité de l'instrument ainsi chargée de caustique est introduite jusqu'au fond de la cavité utérine ; on le laisse séjourner dans cette cavité jusqu'à ce que le coton noircisse fortement, ce qui indique la production de l'eschare ; on retire alors l'instrument et on administre une injection vaginale chaude ; le museau de tanche est essuyé avec soin au moyen d'un tampon monté sur une pince. Pansement du vagin avec la gaze imbibée de glycérine [1].

Nous reviendrons sur les détails de ces traitements dans

seringue en verre avec canule démontable de COLLIN, instrument facile à aseptiser et à conserver aseptique.

1. Pour prévenir une cautérisation trop énergique, il est bon, après avoir retiré le porte-mèche enduit du caustique de FILHOS, de *laver* la muqueuse utérine en pratiquant plusieurs attouchements avec du coton humide enroulé autour d'un autre porte-mèche; pour aller plus vite, il suffira d'avoir à sa disposition plusieurs de ces tiges montées à l'avance. Ces attouchements à l'eau peuvent être remplacés par une injection intra-utérine donnée sous faible pression avec une sonde à double courant très fine.

les chapitres consacrés à la description des différentes affections justiciables de la cautérisation intra-utérine.

En somme, la cautérisation intra-utérine est une petite opération très bénigne, à la condition de suivre ponctuellement certaines règles ; la première consiste dans l'observance d'une asepsie rigoureuse ; on ne doit se servir que d'instruments et d'objets de pansement bien stérilisés ; il faut ensuite s'assurer que les solutions que l'on va employer sont au titre voulu ; on se gardera d'opérer avec des doses massives ; enfin, on n'oubliera pas de garantir le vagin contre les brûlures possibles, soit par des irrigations continues, soit, ce qui vaut mieux, en graissant les parois de ce conduit avec de la vaseline et en plaçant dans le cul-de-sac postérieur un tampon de gaze ou de coton aseptique.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que ces petites opérations doivent être exécutées avec beaucoup de patience et de douceur.

DRAINAGE DE L'UTÉRUS

Le drainage de l'utérus a pour but de faciliter l'écoulement et l'expulsion des produits pathologiques sécrétés par la muqueuse. Il agit en maintenant béante la cavité uterine et en supprimant les coudures pathologiques du trajet intra-utérin (rétroflexion et antéflexion). C'est un moyen de désinfection utérine.

Théoriquement, rien de plus simple : après dilatation et curettage, on introduit dans la cavité utérine un drain en caoutchouc qui dépasse un peu l'orifice externe du col, auquel il est fixé par un point de suture. Ce petit appareil est laissé en place pendant un mois ou deux.

On s'est encore servi de cylindres en verre percés de trous, cylindres en aluminium fenêtrés ou pourvus de rainures latérales, de mèches en verre effilées, de faisceaux de crins de Florence, etc.

Dans la pratique, les choses sont moins aisées. Le gros inconvénient, c'est que bien peu de femmes peuvent sup-

porter pendant si longtemps un corps étranger rigide dans leur utérus ; chez les nerveuses, on voit survenir presque aussitôt des contractions utérines très pénibles qui obligent le médecin à renoncer au traitement. Dans d'autres cas, on a noté de la réaction péritonéale, des ovaralgies, etc. ; aujourd'hui ce procédé de drainage est complètement abandonné.

Une autre méthode, tout à fait inoffensive et presque toujours bien supportée, consiste à drainer au moyen d'une lanière de gaze stérilisée. Le curettage préalable n'est pas indispensable, mais il est essentiel d'obtenir une dilatation considérable par les laminaires. Une longue mèche de gaze (aseptique ou antiseptique) est introduite dans la cavité utérine et tassée mollement jusqu'au ras de l'orifice externe. Pour faire cette petite opération, il est prudent de fixer le col avec une pince tire-balle que l'on tient de la main gauche, tandis que la main droite, armée d'une pince à longs mors, refoule la gaze doucement et en évitant de « déraper ». On termine en bourrant le vagin avec la gaze stérilisée. Au bout de quarante-huit heures, la mèche utérine est enlevée et remplacée, et ainsi de suite, tant que la cavité utérine reste perméable, c'est-à-dire cinq ou six jours. Ce laps de temps peut suffire ; autrement, on recommence la dilatation et le drainage jusqu'à désinfection compléte. Il faut ordinairement deux séries de dilatation et de drainage.

Cette méthode a contre elle sa longueur, mais elle est recommandable à cause de son efficacité et de sa bénignité, qui est absolue : rien à craindre si l'on a bien observé les règles de l'asepsie.

Il ne faudrait pas confondre le drainage simple à l'aide de lanières introduites *sans exercer de pression*, avec le *tamponnement proprement dit*, tel qu'il a été préconisé par Fritsch : dans ce dernier cas, on *tasse fortement* les lanières comme si l'on « plombait une dent creuse » ; on recommence plusieurs fois de suite jusqu'à ce que la muqueuse soit bien asséchée ; la cavité utérine est pansée avec de la gaze iodoformée, salolée, ectoganée, etc., dans le but d'obtenir une modification de la muqueuse.

IRRIGATIONS. INJECTIONS INTRA-UTÉRINES. LAVAGES INTRA-UTÉRINS

Comme l'indique leur nom, les irrigations intra-utérines ont pour but de laver les parois de la cavité utérine, de les débarrasser des débris et sécrétions pathologiques qui peuvent y être attachés ; elles servent également à porter sur la muqueuse des liquides médicamenteux capables d'exercer une action thérapeutique.

Pour faire ces lavages, l'instrument le plus commode est la *sonde dilatatrice de* DOLÉRIS (*fig.* 45). Celle-ci se compose de deux sondes percées de trous à l'une de leurs extrémités, tandis que l'autre extrémité s'abouche dans un tronc commun gros et très court, auquel on assujettit le tube en caoutchouc (*fig.* 46) d'un bock à injection ordinaire. Les deux branches de l'appareil sont ramenées l'une contre l'autre ou bien écartées l'une de l'autre, à volonté, au moyen d'un curseur muni d'un pas de vis. La figure 45 me dispense d'une description plus détaillée.



FIG. 46. — Bock à injection.

FIG. 45. Sonde dilatatrice de DOLÉRIS.

En dehors de l'état puerpéral, on ne peut se servir de l'instrument qu'après avoir dilaté la cavité utérine par des laminaires.

La femme étant placée dans la position dorso-sacrée gynécologique et toutes les précautions aseptiques étant prises, on écarte les parois du vagin au moyen d'un spéculum ou avec des valves, si l'on peut disposer d'un aide. De la main gauche, on fixe le col avec une pince tire-balle qui saisit la lèvre postérieure, tandis que la main droite introduit dans la cavité utérine la sonde dont les deux branches sont, bien entendu, rapprochées au contact l'une de l'autre ; sauf indication contraire commandée par la direction générale de l'utérus, la concavité de l'instrument doit être tournée en haut. Dès que l'orifice externe du col a été franchi, on pousse la sonde dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle butte contre le fond de l'organe (*fig.* 47). *Il faut pousser avec beaucoup de douceur;* bien que l'utérus ait été dilaté, on éprouve parfois de la résistance au niveau de l'isthme ; au lieu de pousser plus fort pour la vaincre, *il vaut mieux attendre quelques instants*, et l'obstacle disparaîtra. En procédant avec lenteur, on est certain d'éviter les perforations et d'épargner des souffrances à la malade. Lorsque l'instrument a atteint le fond de la cavité utérine, on tourne lentement le bouton du curseur, et les branches se séparent progressivement l'une de l'autre et écartent, en même temps, les parois de la cavité utérine ; on cesse de tourner le bouton dès que la béance de l'orifice externe du col semble suffisante. C'est cet écartement des parois utérines qui assure le retour du liquide projeté dans l'utérus et empêche son reflux dans les trompes et dans le péritoine. Toutes ces précautions étant prises, on ouvre le robinet et le

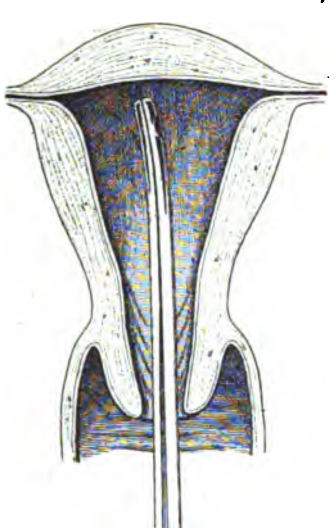


FIG. 47. — Sonde de DOLÉRIS introduite jusqu'au fond de la cavité utérine.

liquide se précipite jusqu'au fond de la matrice par les quatre orifices terminaux de l'instrument (Voyez *fig.* 48) : il coule le long des parois de cette cavité, puis s'échappe par le museau de tanche en tombant verticalement entre les deux branches écartées de la sonde, entraînant avec lui des mucosités, des grumeaux, de petits caillots sanguins et autres débris détachés de la muqueuse intra-utérine.

Au lieu d'ouvrir le robinet après avoir introduit la sonde et écarté ses branches, quelques chirurgiens préfèrent introduire l'instrument tout amorcé, afin de prévenir la pénétration de l'air dans la cavité utérine ; il suffit de modérer la pression du liquide en maintenant le récipient à un niveau peu élevé, pour éviter les accidents de reflux dans les trompes. La sonde une fois introduite et ses branches écartées, on place le récipient à hauteur convenable pour obtenir un écoulement régulier du liquide destiné au lavage. Au lieu de se servir d'un bock à injection, on peut adapter au caoutchouc de la sonde dilatatrice la canule d'une seringue de Guyon, ce qui permet au chirurgien de régler à volonté la projection du liquide dans la cavité de l'utérus.

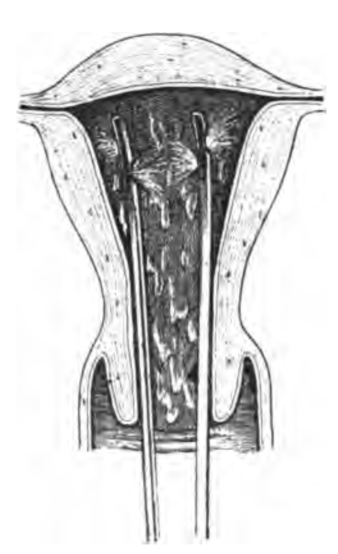


Fig. 48. — Sonde avec ses branches écartées et fonctionnant.

L'irrigation terminée, on ferme le robinet, on tourne le pas de vis pour ramener les deux branches de la sonde au contact l'une de l'autre, et l'on retire l'instrument *avec douceur et sans se presser.*

Pour assécher le vagin, on se sert de tampons de coton hydrophile montés sur une pince à pansement. Dans l'utérus on introduit, en observant les précautions que nous avons

dites, une mèche de gaze stérilisée (*fig.* 49), sans trop la tasser, afin de favoriser l'écoulement des sécrétions et la cavité vaginale est tamponnée avec des lanières de gaze salolée, iodoformée ou simplement stérilisée.

Pour ces irrigations, on peut se servir d'eau simplement stérilisée ou d'une solution antiseptique faible (*eau oxygénée*, à 12 volumes, 100 grammes; eau stérilisée, 1.000 grammes; solution de *permanganate de potasse* à 1 pour 2000 ; solution de *protargol* à 1 p. 1000) ; les solutions de *sublimé*, de *biiodure de mercure*, si faibles soient-elles, doivent être, autant que possible, évitées, à cause des accidents qu'elles n'ont que trop souvent provoqués ; mais on pourra s'en servir pour faire des irrigations vaginales (solution à 1 pour 2000) : on doit en excepter les solutions d'*oxycyanure de* Hg, sel relativement peu toxique et toujours bien supporté (oxycyanure, 1 gramme ; eau stérilisée, 3.000 grammes).

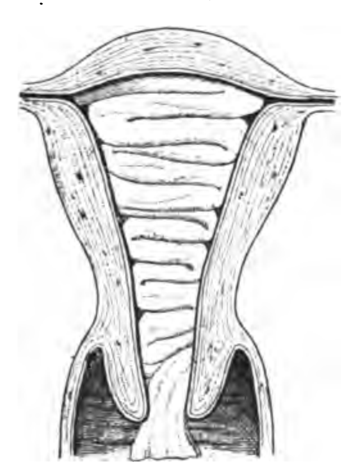


Fig. 49. — Mèche de gaze stérilisée mise en place.

Les irrigations intra-utérines au moyen de la sonde de Doléris ne sont pas douloureuses, et aucun accident sérieux n'est à redouter si le retour du liquide est assuré et si le chirurgien s'est entouré de toutes les précautions aseptiques nécessaires.

Au lieu d'employer la sonde à double courant de Doléris, on pourrait se servir de la sonde de Budin, de la sonde dilatatrice de Reverdin, etc. Nous n'hésitons pas à accorder la préférence à l'instrument de Doléris à cause de sa simplicité, et surtout parce qu'il assure d'une manière parfaite le retour du liquide projeté dans l'utérus : avec lui, pas d'accidents de reflux à redouter.

Parfois, l'écoulement s'arrête brusquement, ce qui est généralement dû à un petit caillot obstruant momentané-

ment la lumière de l'instrument ; il faut alors retirer à moitié la sonde et porter le réservoir du liquide à un niveau plus élevé ; l'augmentation de pression ainsi produite suffit ordinairement à chasser le caillot, et l'instrument recommence aussitôt à fonctionner ; mais il est des cas où cet artifice n'est suivi d'aucun résultat ; la sonde sera complètement retirée de la cavité utérine et ses deux branches soumises à un flambage énergique à la flamme d'un réchaud à alcool : si c'est un caillot ou une glaire qui obstrue la lumière, le moyen que nous recommandons réussit toujours.

Pour stériliser la sonde de DOLÉRIS, on pourra, faute de mieux, se contenter de l'ébullition, pendant vingt minutes, dans de l'eau filtrée additionnée de carbonate de soude (20 grammes de ce sel pour 1 litre d'eau) ; mais la stérilisation à l'étuve de POUPINEL ou à l'autoclave devra toujours être préférée ; à notre avis, le flambage à la lampe à alcool vaut beaucoup mieux que l'ébullition ; c'est le procédé que nous employons couramment.

CATHÉTÉRISME DE L'URÈTHRE

L'urèthre de la femme étant très court et à peu près rectiligne, rien de plus simple que d'en pratiquer le cathétérisme.

On se sert ordinairement d'une sonde longue de 15 centimètres, presque droite et très légèrement coudée au niveau du bec. Les plus recommandables sont *en verre*, à cause de la facilité avec laquelle on peut les stériliser. Mais les sondes en métal — *argent* ou *aluminium* — sont aussi très employées ; on pourrait également utiliser des sondes d'homme en caoutchouc rouge.

Pour stériliser ces instruments, il suffit de les faire bouillir pendant dix à quinze minutes ; le flambage convient parfaitement aux cathéters métalliques.

La femme étant couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, le siège soulevé par un bassin plat bien propre, on nettoie la vulve et le pourtour du méat avec un tampon d'ouate, de l'eau tiède et du savon, après quoi on rince avec

le bock laveur ; après avoir essuyé sommairement avec du coton sec ou une compresse, on écarte, de la main gauche, les petites lèvres en les attirant un peu vers le haut pour bien découvrir le méat, dans lequel on engage aussitôt le bec de la sonde bien lubrifiée, sa concavité tournée en haut ; il suffit de pousser doucement, mais avec une certaine fermeté, pour que le cathéter pénètre dans la vessie ; dans ce trajet intra-uréthral, on rencontre, au début, une certaine résistance due à la contraction musculaire ; il suffit d'insister, *mais sans brutalité*, pour vaincre ce léger obstacle. Dès que le bec a pénétré dans la vessie, on voit un jet d'urine s'échapper par le pavillon ; parfois il faut abaisser un peu celui-ci pour faire jaillir l'urine.

La vessie vidée, on retire doucement la sonde et on essuie la vulve.

On voit donc qu'il s'agit d'une petite manœuvre fort simple et d'une innocuité absolue, si l'on a été rigoureusement propre. Hâtons-nous d'ajouter que les choses ne se passent pas toujours aussi simplement : le cathétérisme est encore assez souvent rendu difficile pour différentes raisons. Ainsi, chez certaines femmes, surtout si elles sont obèses, la conformation de la vulve fait qu'on a beaucoup de peine à découvrir le méat profondément enfoncé dans les replis vulvaires ; il faut alors faire écarter largement les cuisses ; soulever le siège de la femme en glissant un coussin au-dessous d'elle, déplisser les replis vulvaires, attirer le clitoris en haut, pour apercevoir le méat ; et ce n'est pas tout : le bec étant engagé dans le méat, la sonde refuse d'aller plus loin ; cela tient souvent à une déviation du canal occasionnée par la présence d'une tumeur qui a déplacé la vessie et refoulé le canal latéralement ; *gardez-vous bien d'agir avec précipitation;* au contraire, armez-vous de patience, inclinez le pavillon de différents côtés, surtout en bas et vous finirez par pénétrer... On peut en dire autant du cathétérisme chez certaines femmes enceintes dont l'urèthre est appliqué derrière la symphyse.

Enfin, à la suite de certaines opérations par la voie basse, on peut avoir beaucoup de peine à trouver le méat. Ainsi, après l'hystérectomie vaginale, cet orifice peut avoir été

masqué par les anneaux des pinces placées à demeure ou bien il a été refoulé du côté du vagin au moment de l'introduction des mèches ; c'est pour échapper à ces ennuis qu'il est sage de placer une sonde à demeure; mais celle-ci n'est pas toujours bien tolérée, on peut être contraint de la retirer au bout de quelques heures, etc. On s'épargnera donc de très sérieux désagréments en veillant à ce que le méat reste bien en évidence après le placement des pinces et l'introduction des lanières. C'est pour avoir négligé cette précaution qu'il a fallu plus d'une fois faire transporter l'opérée sur la table à spéculum, déranger des pinces, retirer des mèches pour réussir à apercevoir le méat... Mêmes difficultés à la suite de certaines colporrhaphies.

LA SONDE A DEMEURE

En gynécologie, la sonde à demeure a pour but d'assurer l'évacuation de la vessie sans exposer les femmes aux contaminations des cathétérismes répétés, surtout lorsqu'ils sont

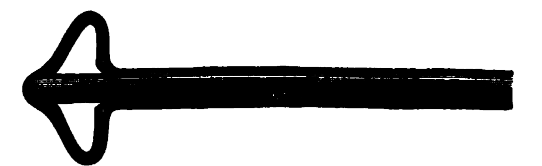


Fig. 50. — Sonde de Malécot.

pratiqués par des mains peu soigneuses ; un autre avantage du cathétérisme permanent c'est de mettre les sutures de la colporrhaphie et de la périnéorrhaphie à l'abri des souillures de l'urine au moment de la miction ou au cours des cathétérismes répétés.

Pour réaliser le cathétérisme à demeure on peut, à la rigueur, se servir d'une sonde de Nélaton dont on fixe le pavillon, par quelques fils, aux poils du pubis ou aux branches d'un bandage en T ; mais il est infiniment préfé-

rable de recourir à des sondes spéciales dénommées sondes de PEZZER et de MALÉCOT.

La sonde de MALÉCOT — qui est la plus commode et la plus répandue — est une sonde de NÉLATON dont le bec offre la conformation représentée par la figure 50 ; pour l'introduire dans la vessie, on se sert d'un mandrin qui allonge les deux ailerons du bec pour leur permettre de franchir la traversée uréthrale ; dès que le bec est parvenu dans la vessie, on retire le mandrin, et les ailerons reprenant leur forme primitive s'appuient contre les parois du réservoir urinaire et

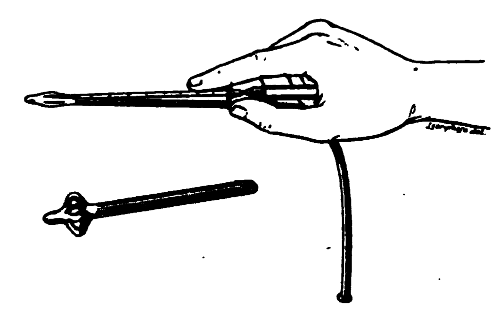


FIG. 51. — Sonde de MALÉCOT et manière de l'introduire.

empêchent la sonde de glisser hors de l'urèthre. La figure 51 montre bien la manière de faire pénétrer l'instrument à travers l'urèthre. Le mandrin utilisé dans ce but peut être remplacé par une sonde cannelée, par un stylet, un hystéromètre ; on pourrait même se servir d'une pince à mors longs et grêles.

La sonde de PEZZER ne diffère de la précédente qu'en ce que les ailerons sont remplacés par un renflement ou disque qui se laisse étirer, allonger (pour pouvoir traverser l'urèthre) au moyen d'un mandrin ou d'une pince.

Pour retirer ces sondes dites *auto-fixatrices*, il suffit d'exercer une traction douce, mais soutenue, sur l'extrémité opposée, manœuvre très simple, inoffensive, mais qui s'accompagne parfois d'une douleur assez vive.

Signalons aussi la sonde de DESNOS, conçue d'après les

mêmes principes, représentée par la figure 53. Il nous paraît superflu de rappeler que, pour toutes ces manœuvres, les règles de l'asepsie doivent être observées avec la plus grande rigueur ; qu'il est indispensable de stériliser ces instruments à l'autoclave ou par l'ébullition, de bien nettoyer la vulve, le méat, de laver le canal de l'urèthre avec une grosse seringue chargée d'eau boriquée tiède ou d'une solution très étendue de permanganate ou d'oxycyanure ; qu'il est de toute nécessité de ne manier ces objets qu'avec des mains rigoureusement propres ou gantées de caoutchouc aseptisé : enfin n'oubliez jamais de lubréfier le bec et même le corps de la sonde avec de la vaseline *réellement aseptique* ou avec de l'huile goménolée stérilisée.

Fig. 52.
Sonde de Pezzer

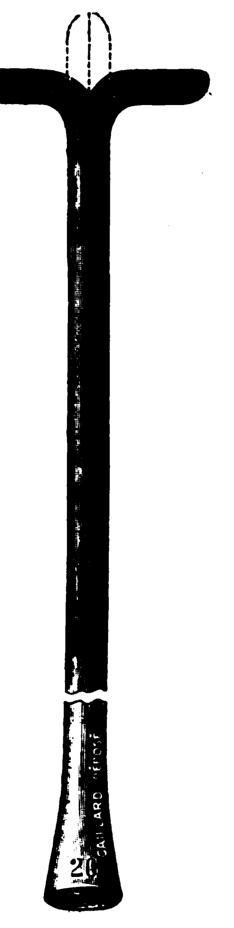


Fig. 53.
Sonde de Desnos.

En se conformant rigoureusement à toutes ces prescriptions dont aucune n'est superflue, on peut avoir la certitude de ne jamais infecter les opérées ; il est possible que le séjour prolongé des sondes auto-fixatrices occasionne un peu d'irritation uréthro-vésicale, mais il y a

loin de cette inflammation bénigne et passagère aux cystites aiguës purulentes qui peuvent entraîner des souffrances atroces et des infirmités à peu près définitives.

LAVAGES DE LA VESSIE

Dans les services de gynécologie, l'infection de la vessie n'est pas rare pendant la convalescence de certaines opérées.

Chez ces malades, l'infection du réservoir urinaire a deux sources principales : 1° *le cancer de l'utérus ;* 2° *le cathétérisme septique intermittent* ou *à demeure*, pratiqué par des personnes peu soigneuses.

On sait la fréquence de la cystite aiguë après l'hystérectomie pour cancer; on l'observe surtout après l'hystérectomie haute avec évidement pelvien, par le procédé de WERTHEIM.

La contamination par le cathétérisme se produit surtout après l'hystérectomie vaginale et après les colporrhaphies et périnéorrhaphies.

Au début et pendant la phase aiguë de la cystite, il est contre-indiqué, et, d'ailleurs, impossible de recourir aux lavages, à cause de l'intolérance de la vessie ; le traitement se réduira à des applications calmantes (suppositoires belladonés ou morphinés, petits lavements d'antipyrine additionnée de laudanum, compresses tièdes sur la vulve ou sur le bas-ventre suivant l'état de ces régions, bains de siège), à des boissons alcalines, rafraîchissantes; l'urotropine, l'helmitol sont également très utiles ; dans les cas très aigus, dans les formes très douloureuses, les *instillations argentiques* [1] rendent des

1. Vous vous servirez de la seringue à instillations de COLLIN et d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 500; la sonde à bout olivaire utilisée chez l'homme peut être employée ici sans aucun inconvénient; après l'avoir graissée avec de la vaseline cocaïnée (1 gramme pour 30 grammes), poussez la sonde dans le canal, très doucement, jusqu'à ce que vous soyez parvenu dans la vessie, ce qui est vite obtenu à cause de la brièveté de l'urèthre féminin; cela fait, retirez un peu l'instrument, revenez vers le col vésical, ce que vous sentirez après

services, si elles sont faites à propos et avec méthode ; enfin, il y a des cas où les injections hypodermiques de morphine

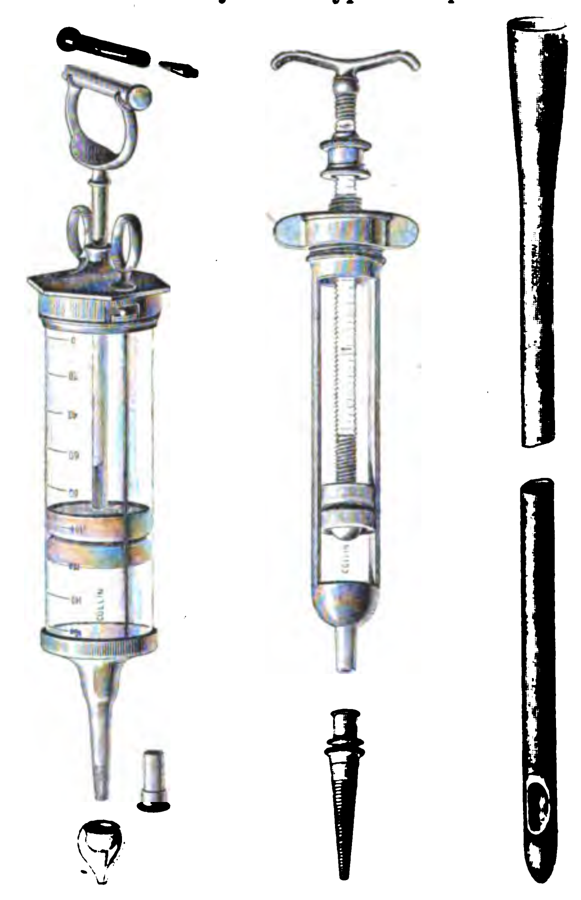


Fig. 54. — Seringue vésicale de Guyon. Fig. 55. — Seringue à instillations de Guyon. Fig. 56. — Sonde de Nélaton.

quelques tâtonnements ; c'est le moment de manœuvrer le piston de la seringue et de faire tomber dans la vessie, tout près du col, XV à XX gouttes de la solution argentique ; si la réaction est trop douloureuse, une piqûre de morphine rendra le calme à la malade.

sont formellement indiquées pour diminuer la fréquence des mictions et procurer un peu de sommeil à ces infortunées ; mais gardez-vous bien d'abuser de ce précieux moyen.

On commencera les lavages dès que la douleur se sera amendée et que les mictions seront devenues moins répétées, ce qui indique que le réservoir urinaire peut garder une certaine quantité de liquide. Après avoir nettoyé la vulve et le méat, faites dans l'urèthre une injection à canal ouvert avec une petite seringue (20 à 30 grammes de capacité) chargée d'*eau boriquée tiède*, puis insinuez dans la vessie une sonde de Nélaton assez fine (n° 12) pour évacuer l'urine qui y est contenue, en bien faible quantité d'ailleurs ; enfin, faites une irrigation avec une solution d'oxycyanure (à 1 p. 3000) ou de permanganate (1 p. 2000), mais procédez par petites quantités à la fois (25 à 30 grammes) ; laissez sortir le liquide que vous venez de pousser dans la vessie, puis remplacez-le par une nouvelle dose de 25 à 30 grammes, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le liquide provenant de la vessie sorte à peu près limpide ; et, avant tout, évitez de fatiguer l'opérée ; au premier symptôme d'intolérance, arrêtez tout et remettez la séance au lendemain ou au jour suivant. Retirez la sonde *avec beaucoup de douceur* et placez-la dans un récipient contenant une solution antiseptique faible et fermant bien hermétiquement.

CYSTOSCOPIE

La cystoscopie est l'examen de la cavité vésicale à l'aide de l'éclairage électrique, examen qu'on réalise au moyen d'un appareil spécial appelé *cystoscope*.

Le cystoscope le plus employé est celui de Nitze (*fig.* 57). Il se compose d'un cathéter métallique long de 20 centimètres et coudé en béquille à son extrémité libre ; son calibre correspond au numéro 20 de la filière. A son extrémité libre ou vésicale se trouve une lampe à laquelle est annexé un prisme à réflexion totale, par l'intermédiaire duquel les images de la vessie sont transmises à l'œil de l'observateur.

La technique de la cystoscopie est assez délicate. La malade est placée sur une table spéciale (*fig.* 14) ; elle est à demi couchée, les jambes fléchies et pendantes reposant sur des pédales. Il faut s'assurer tout de suite que l'urèthre est



Fig. 57. — Cystoscope de Nitze.

perméable et qu'il laisse passer une sonde nº 23 au moins ; pour que l'examen soit possible, il faut encore que la vessie puisse contenir au moins 60 grammes de liquide et le *tolérer* ; si elle est sensible, irritable, il est indispensable de la rendre tolérante au moyen de la *stovaïne :* on instille dans l'urèthre 4 à 5 grammes d'une solution à 1 p. 100 et dans la vessie on injecte 50 grammes de la même solution, qu'on laisse séjourner quelques minutes seulement. Il y a des chirurgiens

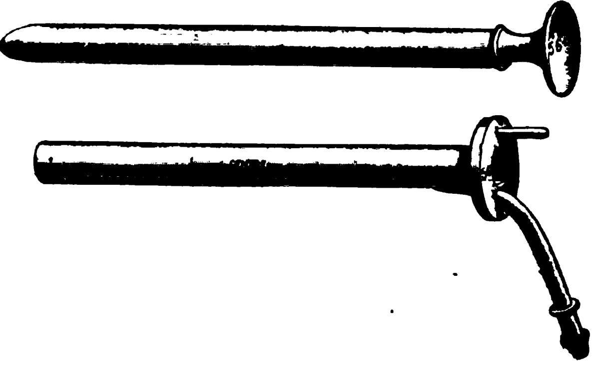


Fig. 58. — Cystoscope de Luys pour la femme.

qui préfèrent employer l'*antipyrine* en solution à 1 p. 20 et dont on injecte 60 grammes ; on l'évacue ensuite après un séjour de 5 à 6 minutes. Chez les femmes exceptionnellement pusillanimes, on peut être forcé de recourir à l'anesthésie

générale. Enfin, on peut encore utiliser l'anesthésie par la voie rectale, mais ce moyen ne paraît pas être très efficace.

Ces manœuvres préliminaires achevées, on injecte dans la vessie 120 grammes d'eau boriquée stérilisée tiède ou d'eau simplement bouillie ; on enduit de glycérine le cystoscope qui est tenu presque vertical, le bec obliquement dirigé vers le méat, sa concavité regardant l'aine droite de la malade ; engagez alors le bec dans le canal de l'urèthre et poussez-le doucement d'avant en arrière, sans changer sa direction, et en abaissant progressivement le pavillon jusqu'à ce que vous ayez senti que toute résistance a cédé, ce qui indique que l'instrument est arrivé dans la vessie ; il faut alors redresser le bec et le ramener dans le plan médian, sa concavité regardant en haut et en avant.

Il s'agit ensuite de découvrir les points de repère, de s'orienter, afin de pouvoir interpréter convenablement les lésions qui s'offriront à la vue. Éclairez la lampe et regardez : vous apercevrez une surface uniformément rosée avec quelques fines arborisations vasculaires. Le premier point de repère à rechercher est le col de la vessie ; pour le découvrir, retirez un peu l'instrument jusqu'à ce que vous voyiez apparaître un croissant rouge foncé dans la direction de la lampe ; le deuxième point de repère est la *bulle d'air* qui se trouve toujours au sommet de la vessie ; cette bulle marque la zone supérieure ; enfin, les deux orifices urétéraux constituent les deux autres points importants ; on les découvre en tournant le bec en bas et en dehors, d'après une inclinaison de 30 degrés environ sur l'horizontale ; on reconnaît l'orifice urétéral à l'extrémité saillante de la bande inter-urétérale, après plusieurs tâtonnements.

« Pour l'exploration de la vessie tout entière, il faut considérer que le cystoscope tourne dans le centre du *cadran* d'une *montre :* il suffira donc de le porter à chaque heure, en partant par exemple de douze heures, pour lui permettre de porter son cône lumineux dans tous les segments de la vessie » (Legueu).

Lorsqu'on tourne la lampe vers le bas-fond pour apercevoir les orifices des uretères, on s'expose parfois à brûler la muqueuse et même la paroi ; pour éviter cet accident, on

agira sagement en éteignant, de temps en temps, la lampe, pour lui permettre de se refroidir.

La cystoscopie provoque parfois une *élévation* de *température*, qui peut persister quelques jours ; on peut éviter — mais pas toujours — cette petite complication en observant une asepsie rigoureuse (lavages vésicaux avant et après l'examen ; instillations préventives de nitrate d'argent, etc.)

Il peut paraître étrange que nous insistions sur les détails de cette exploration dans un traité consacré exclusivement à la gynécologie ; mais nous verrons, en étudiant le *traitement* du *cancer utérin*, qu'elle est appelée à rendre de très grands services toutes les fois qu'elle est pratiquée avec méthode.

MÉDICATION RÉVULSIVE

La révulsion joue un rôle très important dans le traitement conservateur des affections pénitonéo-annexielles (salpingo-ovarites aiguës, pelvi-péritonites, phlegmons pelviens, etc.), mais les moyens par lesquels on la réalise diffèrent sensiblement. Nous allons passer successivement en revue : les *applications froides* ou plutôt *glacées*, les *applications chaudes*, le *vésicatoire*, les *pointes de feu*, etc.

Applications froides. — Très employées depuis quelques années, elles constituent le moyen le plus efficace dont nous disposions pour favoriser la résorption des exsudats péritonéaux ; elles agissent aussi très bien contre la douleur de la péritonite.

On se sert généralement d'une vessie en caoutchouc, dite *vessie à glace*, qui est munie d'un orifice circulaire fermé par un bouchon métallique avec pas de vis. Il y a avantage à adopter le modèle le plus grand possible, de manière à pouvoir recouvrir toute la région ombilicale et sous-ombilicale ; en cas de besoin, on pourrait, d'ailleurs, utiliser deux de ces vessies en les plaçant l'une à côté de l'autre sur le ventre. La vessie est remplie de glace concassée à moitié ou aux deux tiers, jamais complètement, *car il faut l'appliquer à*

plat. Il est d'usage de suspendre ce petit appareil à un cerceau dont la concavité regarde le ventre ; nous estimons qu'il est plus avantageux d'appliquer la vessie à même sur l'abdomen, afin que celui-ci subisse le contact glacé sur une plus grande surface ; nous avons également l'habitude de n'interposer aucun tissu, si mince soit-il, entre la vessie et les téguments : on obtient ainsi des effets plus prompts et plus énergiques. Il est vrai que, chez certaines malades, le résultat attendu est parfois dépassé, que ce contact trop intime peut amener des ecchymoses et même du sphacèle superficiel de la peau ; il suffit de surveiller la malade pour éviter ces fâcheuses surprises. On est averti du danger par la teinte violacée de l'érythème et par la douleur.

Il est essentiel que ces applications soient *permanentes*, que la vessie soit maintenue en place *la nuit aussi bien que le jour ;* c'est à cette condition qu'on obtiendra des résultats satisfaisants. La provision de glace contenue dans la vessie doit être renouvelée toutes les deux heures, et nous ne saurions trop recommander de surveiller cette opération, car le temps pendant lequel la malade a de la glace fondue sur le ventre est du temps perdu. On fera donc bien de vérifier de temps à autre le contenu de la vessie.

Deux ou trois heures après la première application, la peau de l'abdomen commence à se couvrir d'une rougeur érythémateuse, qui s'accentue progressivement jusqu'à présenter une coloration rouge vif ; c'est alors seulement que la révulsion est effective. A ce moment, les malades accusent des picotements ou même une sensation de chaleur intense ou de brûlure, à laquelle, chose digne de remarque, elles s'habituent presque immédiatement ; il est tout à fait exceptionnel qu'on soit obligé de renoncer au traitement pour cause d'intolérance ; mais le fait a été signalé. On en sera quitte pour recourir aux applications chaudes.

C'est, généralement, au bout de vingt-quatre heures que les malades commencent à ressentir les bons effets du traitement : diminution de la tension abdominale, atténuation notable et, souvent même, disparition presque complète de la douleur aiguë, sommeil paisible, etc. Mais il faut plusieurs jours pour constater des modifications appréciables dans

l'état local. Quoi qu'il en soit, la vessie de glace ne sera supprimée que dans les trois circonstances suivantes : disparition complète des exsudats et marche vers la guérison; inefficacité plus ou moins absolue après plusieurs jours de traitement ; accidents dépendant directement de ces applications.

Ces accidents sont très rares ; nous n'en avons observé que deux exemples. Après plusieurs jours d'applications permanentes, apparurent, en un point bien circonscrit de la peau du ventre, une douzaine de phlyctènes hémorragiques accompagnées d'élancements douloureux intolérables. L'usage de la glace fut suspendu pendant quelques jours, et tout rentra dans l'ordre. Chez une autre malade, l'éruption avait envahi toute la peau de l'abdomen, mais les douleurs étaient très modérées. Tout disparut après la suppression du traitement. Enfin, on a rapporté quelques exemples de sphacèle cutané consécutif à une éruption phlycténoïde. Cette complication est tout à fait exceptionnelle.

On peut continuer le traitement en interposant un morceau de flanelle ou de toile fine [1].

Applications chaudes. — Elles étaient, autrefois, très usitées ; aujourd'hui, on préfère se servir de topiques glacés. Elles peuvent encore rendre des services dans les formes légères ou chez les malades qui marquent de la répugnance pour les applications froides ou qui ne peuvent les supporter.

Pour réaliser ce mode de révulsion, on emploiera plusieurs grandes compresses, en grosse tarlatane désapprêtée et imbibée d'eau aussi chaude que possible ; pour obtenir des résultats appréciables, il faut que *tout l'abdomen soit recouvert, ainsi que les flancs ;* on ajoute par dessus une grande feuille de taffetas-chiffon, et le tout est maintenu en place au moyen d'une bande de flanelle. Le gros inconvénient de ces applications chaudes, c'est l'obligation de changer continuellement les compresses qui se refroidissent trop vite, sans

1. Pour calmer le prurit ou les sensations de brûlure, on appliquera sur toute la rougeur une couche de vaseline simple saupoudrée d'amidon ou de talc.

parler de l'humidité qu'elles dégagent et qui finit par se communiquer aux draps et au linge de la malade. Pour échapper à tous ces ennuis, on peut remplacer ces topiques humides par le grand cataplasme de farine de lin classique, ou par le cataplasme sinapisé, qui est généralement plus efficace.

Compresses alcoolisées. — Ce moyen de révulsion consiste à recouvrir tout l'abdomen, ainsi que les flancs, de plusieurs doubles de grosse tarlatane désappretée et imbibée d'eau tiède alcoolisée dans la proportion de 1 partie d'alcool à 90° et de 3 parties d'eau filtrée. On étend par dessus une grande feuille de taffetas-chiffon, et le tout est maintenu en place au moyen d'un bandage de corps en flanelle. Ces compresses doivent être humectées toutes les heures ou tous les trois quarts d'heure. Il nous est arrivé plus d'une fois d'employer des compresses imbibées d'alcool à 90° absolument pur, et cela sans aucune suite fâcheuse. Le seul inconvénient de cette pratique, c'est qu'elle provoque une sensation de chaleur intense, quelquefois réellement intolérable.

Révulsion par le chlorure de méthyle. — Sur l'abdomen, en un point correspondant aux annexes malades, on projette du chlorure de méthyle, exactement comme on le fait dans le traitement de la névralgie sciatique. Les parties érythématisées sont ensuite saupoudrées avec de l'amidon ou du talc.

Cautérisation ignée, pointes de feu. — Avec le couteau du thermocautère chauffé au rouge vif, on fait des attouchements rapides et superficiels, en laissant entre les points touchés des intervalles de peau saine. Pour obtenir des effets appréciables, 50 ou 60 pointes de feu, par séance, sont nécessaires. Les séances sont répétées tous les quinze ou vingt jours, ou même plus souvent, selon les exigences des différents cas. Après chaque application, il faut saupoudrer la région cautérisée avec de l'amidon ou du talc.

La cautérisation ignée est un excellent moyen de révulsion, très employé pour le traitement des salpingo-ovarites subaiguës ou chroniques.

Vésicatoires. — Nous aurons le courage de ne pas proscrire ce mode de révulsion, que tout le monde, aujourd'hui, affecte de mépriser, et sur le compte duquel on a inscrit une foule de méfaits imaginaires. En examinant les choses de bonne foi, il est impossible de ne pas convenir que le vésicatoire n'a jamais tué personne, et même qu'il peut rendre des services. Nous avons eu recours à lui dans plusieurs cas de salpingo-ovarite subaiguë ou chronique, et nous avons pu constater qu'il apporte souvent un très réel soulagement aux malades. Il est bien évident qu'on aura toujours raison de lui préférer les cautérisations ignées, moyen incontestablement plus commode, plus expéditif et même plus efficace ; mais combien de patientes sont d'un avis diamétralement opposé ! Il faut donc compter aussi avec l'indocilité des malades, et, à ce point de vue, on peut, sans exagération aucune, avancer que les pointes de feu sont repoussées par deux patientes sur trois, tandis que le vésicatoire est presque toujours agréé avec empressement. Nous avons eu l'occasion de faire quelques comparaisons intéressantes entre les résultats fournis par le repos pur et simple et ceux que donne le repos associé aux petits vésicatoires volants appliqués en série (3 ou 4 vésicatoires en l'espace de trois mois, séparés par des pauses de dix à quinze jours). Dans tous les cas que nous avons pu suivre pendant un laps de temps suffisant, c'est le traitement mixte qui nous a procuré les améliorations les plus marquées. Conclusion : le vésicatoire est, si l'on veut, un pis-aller, mais un pis-aller dont on doit s'estimer très heureux de pouvoir disposer, à défaut d'un moyen de révulsion plus énergique.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que l'examen préalable des urines s'impose toutes les fois qu'on veut recourir à la révulsion par la vésication cantharidienne.

SOINS A DONNER AUX OPÉRÉES

L'opération terminée et la vessie à nouveau vidée par le cathétérisme, la femme est reportée doucement dans son lit

où on l'installe sur le dos, la tête basse, les cuisses légèrement fléchies et soutenues par un coussin glissé sous les genoux, que l'on maintient rapprochés au moyen d'une serviette souple, modérément serrée.

Pendant les vingt-quatre premières heures, on n'autorisera l'ingestion d'aucun aliment, d'aucune boisson. Les vomissements post-chloroformiques seront combattus par l'administration de petits fragments de glace ou de tisane de champagne frappée (1 cuillerée à café toutes les demi-heures) ou d'eau de Seltz glacée. En cas de vomissements incoercibles accompagnés de hoquet, on fera bien de recourir à la *potion de* Rivière dont voici la formule :

FORMULE N° 1

Bicarbonate de potasse...............	2 gr.
Sirop de sucre.......................	15 —
Eau distillée........................	50 —

FORMULE N° 2

Acide citrique.......................	2 gr.
Sirop de limon.......................	15 —
Eau distillée........................	50 —

Prendre une cuillerée de chaque potion successivement toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heure.

Laparotomie. — En cas de rétention urinaire, la malade sera sondée (avec une sonde en caoutchouc ou en métal stérilisée par l'ébullition pendant dix minutes), toutes les trois ou quatre heures, ou même plus souvent, si besoin est. Y a-t-il de l'agitation, de l'insomnie, de l'énervement, on n'hésitera jamais à pratiquer une ou plusieurs injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ou d'héroïne (soit 5 milligrammes à 1 centigramme de ces sels), car il est indispensable que les opérées passent des nuits tranquilles, surtout la première nuit qui suit l'intervention ; nous attachons beaucoup d'importance à ce détail.

Au bout de vingt-quatre heures, on peut commencer l'alimentation, sauf s'il y a persistance des vomissements ou des nausées, ou bien s'il a surgi une complication, comme nous le

verrons plus loin. Cette tentative d'alimentation consistera à donner du lait chaud ou froid et des grogs légers. On commencera par des doses minimes (1/2 tasse à café), pour tâter la tolérance gastrique ; on ne dépassera pas 5 à 600 grammes pour la première journée ; il ne faudra pas non plus abuser des grogs (1 à 2 verres à boire pour vingt-quatre heures). Si ce premier essai d'alimentation donnait lieu à des vomissements, on recommencerait avec du lait *glacé* et *coupé d'eau de Vichy* (Célestins) ou de *Vals* (Saint-Jean). Si l'on échoue encore, il vaut mieux attendre six à douze heures et remplacer l'alimentation par une injection sous-cutanée de *sérum artificiel* à la dose de 250 à 300 grammes. Il est bien rare que l'intolérance persiste, s'il n'y a pas une complication intercurrente (péritonite, embarras gastrique, grippe, hystérie).

A partir du troisième jour, les aliments solides seront autorisés (œufs, pain grillé, potages au riz, au vermicelle), à des doses progressivement croissantes ; mais ce n'est que vers le huitième ou neuvième jour que les opérés pourront manger à leur faim.

La position horizontale sera imposée pendant un laps de temps nécessairement variable, puisque toutes les laparotomies ne comportent pas le même pronostic, même en l'absence de toute complication. D'une manière générale, il faut compter sur un décubitus dorsal rigoureux de deux semaines ou quinze jours pleins ; pendant tout ce temps, il doit être interdit à la malade de s'asseoir dans son lit, de courber le thorax sur l'abdomen, mais elle pourra se coucher sur le côté droit ou gauche dès le quatrième ou le cinquième jour de l'opération. Sauf exception rare, elle ne quittera pas le lit avant le *vingt et unième jour*, date adoptée par tous les chirurgiens, et la première sortie pourra avoir lieu dans le courant de la quatrième semaine [1].

1. Il s'agit là, on le conçoit facilement, de chiffres approximatifs, car ce qu'on appelle le *choc opératoire* n'agit pas de la même façon chez toutes les opérées. Nous avons vu des femmes ayant subi une simple ventrofixation, et en l'absence de tout soupçon d'infection, manifester un accablement post-opératoire nullement proportionné à la bénignité de l'intervention. Ces opérées sont très longues à retrouver leur

A quelle date convient-il d'enlever le drain et les fils de la suture pariétale?

D'une manière générale, il faut supprimer le drain ou la mèche au bout de quarante-huit heures, exceptionnellement plus tôt, souvent beaucoup plus tard. Après les laparotomies graves, avec effusion de pus et délabrements pelviens, il est sage de ne pas enlever d'emblée l'appareil à drainage tout entier ; s'il y a des tubes en caoutchouc et des mèches, on enlève les mèches après quarante-huit heures, et le drain est laissé en place pendant encore un jour ou deux. Lorsque le drainage a été assuré par deux très gros tubes, par exemple, on peut les enlever et les remplacer par un drain unique, de calibre beaucoup plus faible, qu'on laisse séjourner deux ou trois jours de plus. Avec cette précaution, il n'y a pas d'accidents de rétention à redouter. Quelques chirurgiens conseillent de substituer aux gros tubes des mèches aseptiques, qui agissent très bien par capillarité. Il arrive quelquefois, mais assez rarement, que l'ablation de l'appareil à drainage (mèches ou tubes) s'accompagne d'un suintement de sang ou de pus. Dans le premier cas, il suffira d'un peu de compression pour arrêter l'écoulement ; mais, si c'est du pus qui vient, on ne manquera pas de placer un nouveau drain (de moindre calibre) à demeure pendant un jour ou deux pour prévenir toute rétention. A moins d'une indication formelle, on fera bien de s'abstenir de toute irrigation dans le trajet, car on risquerait de l'infecter ; nous avons vu plus d'un exemple de cet accident.

Quant aux fils de la suture abdominale, on n'y touchera jamais avant le dixième jour, car la cicatrice est rarement solide avant cette date ; personnellement, nous aimons mieux retarder leur ablation jusqu'au douzième et même quatorzième jour. Nous en exceptons, bien entendu, les cas dans lesquels les fils, — surtout les crins de Florence, — menacent de « couper » la peau. Les agrafes de MICHEL ne doivent pas être laissées en place plus de huit jours ; il vaut

« equilibre », et cela sans l'ombre d'une ascension thermométrique, sans la plus légère complication apparente ; elles quittent péniblement leur lit vers la quatrième semaine et ne sont réellement guéries qu'au bout de deux mois ou davantage.

même mieux les enlever plus tôt, à cause du sphacèle cutané qu'elles provoquent.

Faut-il faire porter une ceinture hypogastrique aux laparotomisées? La question mérite d'être discutée. Il est certain que l'abdomen de ces opérées offre un point faible, un lieu de moindre résistance, qui répond à la cicatrice de l'incision ; ce point faible doit être mis à l'abri des traumatismes venus du dehors, comme aussi soustrait à l'action d'une pression intra-abdominale exagérée (efforts pour soulever un fardeau, efforts provoqués par la défécation, la toux, le vomissement, etc.) pendant un laps de temps nécessairement variable, mais qui ne saurait être inférieur à plusieurs mois. Dans ce but, on a imaginé une infinité de *ceintures*, *sangles*, *corsets*, dans la description desquels nous n'avons pas à entrer. Mais, un fait d'observation courante, c'est que la plupart de ces appareils sont très mal supportés et finalement abandonnés des malades, qui, livrées à leur propre initiative, se contentent d'une simple bande de flanelle convenablement appliquée autour du ventre.

A notre avis — et c'est aussi celui de notre maître M. Richelot — les laparotomisées indemnes d'éventration ou de menace d'éventration n'ont que faire de ces appareils compliqués et dispendieux qu'on appelle *ceintures hypogastriques ;* comme ces opérées ne sont pas des infirmes, qu'elles ont simplement besoin d'avoir l'abdomen soutenu jusqu'à ce que leur cicatrice se soit définitivement organisée, on se bornera à leur recommander le port d'une bande en crêpon (*crêpe* Velpeau) large de 20 centimètres, qu'on enroule solidement autour du bassin, en commençant le premier tour très bas, à la racine de la cuisse.

Au contraire, l'usage d'une bonne ceinture — avec ou sans pelote, suivant les cas — s'impose toutes les fois qu'il y a ptose viscérale, menace d'effraction du côté de la cicatrice, ou éventration constituée. Ici, la bande Velpeau est notoirement insuffisante ; il faut un appareil à la fois très solide, souple, peu extensible et toujours bâti sur mesure.

Hystérectomie vaginale. — Si l'hémostase a été assurée par la forcipressure à demeure — ce qui est le cas le plus

fréquent, du moins en France — on glissera sous les pinces un gros paquet de coton hydrophile *stérilisé* qui remplira le rôle d'un coussin et empêchera ces instruments de peser sur la fourchette ; sous les genoux on placera un coussin très doux qui maintiendra les cuisses légèrement fléchies sur le bassin, etc. (Voyez *Laparotomie*.)

L'évacuation de la vessie doit être assurée par une sonde de Nélaton placée à demeure ; cela vaut infiniment mieux que de déranger les pinces toutes les trois ou quatre heures et de faire souffrir la malade, car il est parfois très difficile de découvrir l'orifice de l'urèthre.

Contre la douleur, l'insomnie, l'agitation, les piqûres de morphine, d'héroïne ou de dionine (1 centigramme) sont souveraines ; on peut aussi essayer les suppositoires belladonés ou morphinés. Il ne faut pas craindre d'user largement de ces moyens pour procurer du sommeil et du bien-être aux opérées.

Pour le régime alimentaire, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos des femmes laparotomisées.

Les pinces à demeure sont enlevées très exactement au bout de quarante-huit heures ; c'est une formalité très délicate, qu'il ne faut jamais confier à un débutant. Après avoir soigneusement aseptisé ses mains, le chirurgien écarte les cuisses de l'opérée et commence par les pinces les moins importantes — celles des tranches vaginales et des vaisseaux utéro-ovariens — reconnaissables à un signe convenu (fil de soie fixé aux anneaux) ; il faut d'abord desserrer doucement la pince, sans tirer sur les anneaux et surtout sans lui imprimer de secousses ; on attend quelques instants pour voir s'il ne vient pas de sang, après quoi on tire sur l'un des anneaux pour amener la pince ; il faut tirer d'une manière continue et sans à-coup. La première pince enlevée, on passe à la suivante, et ainsi de suite, jusqu'à la dernière. L'ablation des pinces placées sur les artères utérines doit s'effectuer avec la plus grande circonspection ; pour plus de sûreté, nous croyons qu'il vaut mieux les desserrer simplement au bout de quarante-huit heures et ne les retirer que vingt-quatre heures plus tard. Nous avons eu l'occasion de

pratiquer cette ablation en deux temps chez une de nos opérées, qui a très bien supporté cette prolongation du séjour de deux pinces dans son vagin.

Les pinces enlevées, on coupe avec des ciseaux *propres* l'extrémité antérieure des lanières de gaze que l'on vient de déranger, extrémités souillées de sang et d'urine ; après avoir lavé la vulve et le périnée avec de l'eau tiède stérilisée, on couvre toute la région avec des compresses aseptiques, qui sont maintenues en place au moyen d'un bandage en T très large. A partir de ce jour, la sonde à demeure est également supprimée [1].

Pour calmer la douleur que causent les petites ulcérations créées par la pression des pinces sur l'anneau vulvaire, on fera bien de les panser avec de la *vaseline cocaïnée* (cocaïne, 1 gramme ; vaseline aseptique, 30 grammes) ou avec des compresses de gaze imbibée de la *solution picriquée* (solution aqueuse saturée d'acide picrique).

Jusqu'au huitième jour, on se bornera à changer les

1. Au bout de 48 heures, les lanières de gaze placées dans le vagin le jour de l'opération dégagent une odeur fort désagréable due au sang plus ou moins altéré dont elles sont imbibées; à cette odeur s'ajoute la fétidité des tissus mortifiés par la pression des pinces à demeure; dans certains cas, les opérées, l'entourage peuvent en être sérieusement incommodés. Quoi qu'il en soit, cette fétidité n'a aucune signification inquiétante, et le chirurgien commettrait une lourde faute en retirant ces lanières souillées pour les remplacer par de la gaze fraîche ; il ne faut, *sous aucun prétexte* toucher au pansement proprement dit ; mais il n'y a pas d'inconvénient à réséquer les portions de lanières qui dépassent la vulve. L'ablation prématurée des mèches pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences (hémorragie secondaire, rupture des adhérences péritonéales fraîchement constituées, et partant, peu résistantes). Pourtant, dans le cas, tout à fait improbable, où le séjour prolongé de ces lanières provoquerait des troubles inquiétants (fièvre élevée, signes d'une intoxication générale), on pourrait procéder à leur extraction, *sous le couvert des plus grandes précautions :* installer la femme sur la table d'opération, écarter les parois vaginales au moyen de valves confiées à des aides exercés, retirer la gaze avec la plus grande douceur, surveiller les pédicules, et, le cas échéant, poser des pinces sur les points qui donneront du sang ; mais ces manœuvres ne vont pas sans causer de vives souffrances, de sorte qu'on peut être amené à administrer un peu de chloroforme, etc. Toujours est-il qu'il s'agit là de cas tout à fait exceptionnels ; dans la règle, les choses se passent de la façon la plus simple et la plus bénigne.

compresses de la vulve, après chaque miction ou chaque cathétérisme, et la malade continuera de garder la position horizontale ; sous aucun prétexte il ne doit lui être permis de s'asseoir dans son lit.

L'enlèvement des mèches se fait le huitième jour. La malade est placée en travers de son lit, les cuisses fléchies sur le bassin et maintenues écartées par un aide. Le chirurgien, après s'être bien aseptisé les mains, tire doucement sur le paquet de gaze entier ou sur chaque mèche séparément, suivant les cas ; cette ablation s'accompagne ordinairement d'une douleur assez vive, mais de courte durée, et d'un suintement de sang tout à fait insignifiant.

Faut-il donner une injection vaginale immédiatement après l'enlèvement de la gaze [1] ? M. Richelot préfère la remettre au lendemain, et il conseille de se servir, la première fois, d'eau bouillie qu'on « injectera doucement et sans pression » ; d'après lui, « les lavages au sublimé ne doivent venir que deux ou trois jours plus tard, alors que la plaie s'est rétractée et que des adhérences, devenues solides, ont créé une barrière entre le vagin et la cavité péritonéale ».

Donc, le jour de l'ablation des lanières de gaze, pas d'injection vaginale ; mais il faut, au moyen de deux petites valves, écarter doucement les parois du vagin pour introduire dans sa cavité une mèche propre. Le lendemain ou le surlendemain, irrigation d'eau bouillie tiède administrée doucement et avec le minimum de pression, puis introduction d'une nouvelle mèche de gaze stérilisée. Le onzième ou douzième jour, injection avec une *solution faible de sublimé* (sublimé à 1 pour 4000) ou mieux avec de l'eau oxygénée

1. L'expérience a prouvé que le huitième jour, jour de l'enlèvement des mèches, les adhérences ne sont pas toujours solidement constituées et qu'il n'existe pas encore une barrière continue entre le petit bassin et le vagin. En effet, dans un cas personnel. qui avait évolué le plus favorablement du monde, l'injection vaginale que j'administrai, sous faible pression, le huitième jour, provoqua aussitôt dans le bas-ventre de très vives douleurs qui se prolongèrent pendant près de deux heures ; il est vrai que ces douleurs n'étaient accompagnées d'aucune réaction péritonéale pas de météorisme, pas de vomissements, ni même des nausées. J'en fus très alarmé et me promis bien de ne plus recommencer. Suites tout à fait favorables.

très étendue (eau oxygénée, 200 grammes ; eau bouillie, 1 litre).

Pour faire tomber les eschares du fond du vagin, on continuera de tamponner sa cavité tous les deux ou trois jours avec des lanières de gaze imprégnées de *glycérolé au tannin*. En général, il faut six semaines à deux mois que les plaies du pour vagin soient complètement cicatrisées.

L'opérée pourra se lever vers le dix-huitième ou vingtième jour. *Exeat* dans le courant de la quatrième semaine.

Dans les cas où l'hémostase des ligaments larges a été assurée par des ligatures, les choses se passent plus simplement. Inutile de placer une sonde à demeure. Les mèches seront changées vers le huitième jour ; pour tout le reste, on se conformera aux règles que nous venons de formuler à propos de l'hystérectomie avec forcipressure à demeure. Pendant deux ou trois mois, l'abdomen sera soutenu au moyen d'une bande en crêpon.

INJECTIONS MASSIVES DE SÉRUM ARTIFICIEL

Les injections massives de sérum physiologique sont indiquées pour combattre deux complications post-opératoires : l'*anémie* et l'*infection*. Elles sont *sous-cutanées* ou *intra-veineuses*.

Quelques chirurgiens prescrivent les injections hypodermiques massives systématiquement après toute opération intra-abdominale un peu sérieuse, et cela, même en l'absence de toute complication proprement dite. Elles agissent alors à titre, en quelque sorte, préventif.

En général, il n'y a lieu de recourir à ce moyen que si l'opérée a perdu beaucoup de sang, ou bien lorsque, le lendemain de l'opération ou les jours suivants, on voit survenir des symptômes d'infection.

A quelles doses faut-il employer le sérum physiologique pour obtenir des résultats appréciables? Tout dépend de l'état de l'opérée. S'agit-il simplement de stimuler, de « remonter » une opérée après une intervention un peu longue, en état de *shok opératoire*, mais sans qu'il y ait eu déperdition

de sang considérable? 250 à 300 grammes suffisent ordinairement ; parfois, il y a lieu de renouveler cette dose une ou deux fois en l'espace de vingt-quatre heures. Se trouve-t-on, au contraire, en présence d'une femme anémiée par une hémorragie abondante, épuisée, « exsangue », 2.000 grammes de sérum injectés d'emblée ne sont pas de trop pour conjurer la syncope, et il est souvent indiqué de recommencer au bout de quelques heures. Dans ces graves circonstances, il vaut peut-être mieux s'adresser aux injections intra-veineuses. Ce que nous venons de dire à propos des malades anémiées par l'hémorrhagie s'applique également aux opérées atteintes de septicémie ou de péritonite post-opératoire. L'infection semble-t-elle légère, on pourra s'en tenir aux injections hypodermiques : 500 à 1.500 grammes en vingt-quatre heures. Dans le cas contraire, et s'il y a lieu de procéder à ce qu'on a appelé le « lavage » du sang, c'est la voie intra-veineuse qui est indiquée.

D'après les observations publiées [1], les quantités de sérum physiologique injectées pour combattre les infections graves ont atteint des chiffres assez élevés ; mais ce n'est pas impunément que certaines doses massives ont été dépassées ; nous n'avons pas à insister sur tous ces faits dont on trouvera une relation détaillée dans des articles spéciaux.

Solutions à employer. — Les unes sont dites *isotoniques*, c'est-à-dire sans action hémolysante, encore dénommées solutions *diluées ;* les autres sont *anisotoniques*, c'est-à-dire *concentrées*.

Solutions isotoniques. — Les sérums les plus employés en chirurgie sont les suivants :

Sérum physiologique. — Chlorure de sodium : 7 grammes ; eau distillée stérilisée : 1000 grammes.

Sérum de Hayem. — Chlorure de sodium : 5 grammes ; sulfate de soude cristallisé : 10 grammes ; eau distillée stérilisée : 1.000 grammes.

1. Consulter sur cette intéressante question : Lejars (*la Presse médicale*, 1896, p. 1), — Bosc (*la Presse médicale*, 1896, p. 261), — Delbet (*la Presse médicale*, 1897, p. 5).

Sérum glycosé. — Glucose pur cristallisé : 45 grammes ; eau distillée stérilisée q. s. p. f. 1.000 centimètres cubes.

Eau de mer. — Elle doit être recueillie au large, à une grande profondeur et en observant toutes les règles de l'asepsie ; on peut la stériliser à froid et la ramener au titre isotonique en ajoutant de l'eau de source.

Solutions concentrées. — On doit les employer à faibles doses (5 à 20 centimètres cubes).

Sérum de CHÉRON. — Acide phénique neigeux : 1 gramme ; chlorure de sodium : 2 grammes ; phosphate de soude : 4 grammes ; sulfate de soude : 8 grammes ; eau distillée stérilisée, q. s. p. 100 centimètres cubes.

Sérum de GILBERT BALLET. — Phosphate de soude : 2 grammes ; sulfate de soude : 3 grammes ; chlorure de sodium : 1 gramme ; acide phénique : 0,50 ; eau distillée stérilisée, q. s. pour 100 c.c.

Sérum gélatiné. — Gélatine : 10 à 20 grammes ; solution normale de chlorure de sodium à 7 pour 100 : 1.000 centimètres cubes.

Doses normales. — Le sérum physiologique est très souvent employé à des doses massives qui varient de 125 grammes à 1, 2 et même 3 litres ; on peut en dire autant du sérum de HAYEM ; le sérum glycosé se prescrit à la dose de 250 grammes à 1 litre ; avec celui de CHÉRON on ne doit pas dépasser 10 à 20 centimètres cubes ; il en est de même de celui de G. BALLET ; enfin le sérum gélatiné dit *hémostatique* est utilisé à la dose de 20 à 100 centimètres cubes.

Manuel opératoire. — Dans la description qui suit, nous aurons surtout en vue les injections de *sérum physiologique ordinaire*.

Pour donner ces injections, on peut choisir entre une foule d'appareils plus ou moins ingénieux. Faute de mieux et en cas d'urgence extrême, on se contentera d'une seringue de ROUX ou même d'un simple entonnoir, auquel on adapte un tube de caoutchouc de faible calibre terminé par une grosse

aiguille de PRAVAZ. Dans l'entonnoir, tenu élevé par un aide, on fait couler le sérum préalablement tiédi au bain-marie dans une bouteille ordinaire. Avant d'employer ces objets, on prendra la précaution de les stériliser tant bien que mal par l'ébullition pendant vingt bonnes minutes.

Toutes les fois que la chose est possible, il vaut mieux procéder à cette petite opération avec des appareils moins primitifs.

Il existe dans le commerce des ampoules en verre d'une capacité de 50 à 500 grammes, munies de deux tubulures fermées à la lampe (*fig.* 59). La tubulure supérieure, façonnée en crochet, sert à la suspension ; à la tubulure inférieure on ajuste un tube en caoutchouc dont l'autre extrémité porte une aiguille de platine iridié longue de 4 à 6 centimètres. Pour mettre l'appareil en marche, on accroche l'ampoule à une hauteur d'environ 2 mètres, et, après avoir cassé la pointe de la tubulure supérieure, ce qui a pour résultat d'amorcer l'appareil, on enfonce l'aiguille obliquement dans le gras de la fesse ou dans la partie supéro-externe de la cuisse. Nous avons à peine besoin d'ajouter que les régions ont été préalablement désinfectées avec soin (savonnage, frictions avec un tampon imbibé d'alcool ou d'éther) et l'aiguille flambée à la flamme d'une lampe à alcool. Sous l'influence de la pesanteur, le sérum quitte l'ampoule et va s'accumuler sous les téguments jusqu'à la dernière goutte, en y formant une voussure plus ou moins considérable. L'ampoule vidée, on retire l'aiguille d'un mouvement brusque et on applique sur le petit orifice qu'elle a laissé une boulette de coton collodionné. Il faut environ une heure pour vider une ampoule de 200 à 300 grammes.

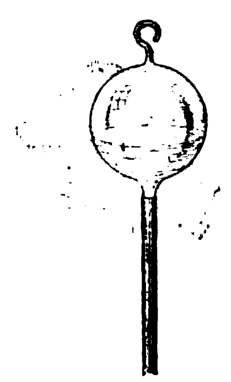


FIG. 59. — Ampoule de sérum.

BARDY a imaginé un appareil plus expéditif et moins fragile : c'est un grand flacon d'une contenance de 1.000 grammes fermé par un bouchon en caoutchouc traversé par

deux tubes de verre (*fig.* 60) ; l'un de ces tubes communique avec un système de soufflerie à main, tandis qu'à l'autre s'adapte un tuyau en caoutchouc terminé par une aiguille en platine iridié. Pour que le sérum contenu dans le flacon arrive sous les téguments, il suffit de manœuvrer la soufflerie exactement comme on manœuvre celle du thermo-cautère PAQUELIN. Afin de prévenir la pénétration de bulles d'air sous la peau, on ne doit enfoncer l'aiguille dans la fesse ou dans la cuisse qu'après l'avoir *amorcée*.

La Maison COLLIN a fait construire un appareil analogue (*fig.* 61).

Ces deux appareils ont été construits pour administrer des injections hypodermiques. Ils peuvent très bien servir pour les injections intraveineuses. Voici comment on procède. On peut pratiquer ces injections dans la veine médiane céphalique au pli du coude; mais nous croyons qu'il y a avantage à choisir la saphène interne, au-devant de la malléole interne, à cause de son calibre et de la facilité avec laquelle on la découvre. Cependant, si elle était difficile à trouver ou peu apparente au niveau de la malléole, ce qui est assez rare, il ne faudrait pas hésiter à choisir un autre point de son trajet, ou une autre veine. Pour découvrir la saphène au-devant de la malléole, on fait une incision cutanée longue de 5 à 6 centimètres et croisant obliquement le vaisseau ; après avoir disséqué sommairement les lèvres de la plaie pour dégager le tronc veineux, on charge celui-ci sur une sonde cannelée ; pour le rendre bien saillant, on place une ligature peu serrée vers le tiers inférieur de la jambe ; une autre ligature au catgut est posée sur le vaisseau lui-même, au-dessous de la sonde cannelée. Il ne reste plus qu'à enfoncer l'aiguille dans



FIG. 60. — Appareil de BARDY pour les injections de sérum.

la veine, parallèlement à son axe et en piquant au-dessus de la sonde, après avoir pris la précaution d'enlever le lien constricteur de la jambe ; il faut introduire l'aiguille *amorcée* et la pousser dans la lumière du vaisseau jusque près de son talon. En tâtant légèrement la veine à quelques centimètres au-dessus de l'incision, les doigts perçoivent une sorte de frémissement qui indique que le liquide pénètre facilement. Pour arrêter l'injection, il suffit de pincer le vaisseau au-dessus de l'aiguille et de retirer celle-ci d'un mouvement



Fig. 61. — Appareil de sérum de Collin.

brusque. On termine cette petite opération en remplaçant la pince hémostatique par une ligature au catgut et en réunissant la peau avec quelques crins de Florence. Dans les cas où l'injection doit être renouvelée, on panse la petite plaie à plat avec de la gaze stérilisée.

L'injection intra-veineuse (*fig.* 62) est une petite intervention tout à fait bénigne, si le praticien s'est conformé aux règles de l'asepsie (nettoyage du champ opératoire, flambage de l'aiguille, désinfection des mains, instruments préalablement stérilisés). Il peut se faire que le liquide ne pénètre pas

dans la veine, ce que l'on reconnaît à trois signes : 1° le doigt ne perçoit aucun frémissement au-dessus du point de pénétration de l'aiguille ; 2° on voit se former une voussure due à l'accumulation, sous la peau, de liquide ne pénétrant pas dans la veine ; 3° le niveau du liquide dans le flacon ne descend pas.

Cet incident peut tenir à plusieurs causes : la pression est insuffisante ; l'aiguille est bouchée ; l'aiguille a perforé la veine de part en part, et elle est venue butter contre du tissu fibreux qui met obstacle à l'écoulement. Il faut retirer l'ai-



FIG. 62. — Injections intra-veineuses de sérum. L'aiguille est introduite dans la veine.

guille, vérifier sa perméabilité et repiquer la veine en un autre point. Quelquefois le niveau du liquide descend, la voussure sous-cutanée se produit ; mais le sérum, au lieu de pénétrer dans la veine, coule dans le tissu cellulaire souscutané : c'est que l'aiguille a traversé le vaisseau de part en part. Il faut recommencer la piqûre.

TRAITEMENT DE QUELQUES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Météorisme simple. — Il n'est pas rare de voir certaines opérées présenter, dès le lendemain de l'intervention, du météorisme abdominal, et cela indépendamment de toute

infection péritonéale, et sans qu'il y ait à proprement parler occlusion de l'intestin. Le ventre peut devenir énorme, soulever les fausses côtes et gêner la respiration ; il n'y a ordinairement ni fièvre, ni vomissements ; mais les nausées, le hoquet ne sont pas rares. La constipation est opiniâtre ; cependant les malades parviennent à rendre, de temps en temps, des gaz. On a prétendu que le ballonnement post-opératoire était plus fréquent après l'hystérectomie avec forcipressure à demeure, et attribué cette parésie du tractus intestinal au contact des pinces avec l'intestin. Cette opinion est démentie par les faits : nous avons tous vu du météorisme chez les laparotomisées et après l'hystérectomie vaginale avec ligatures. Tout ce qu'il est permis d'avancer, c'est que ce météorisme est le résultat d'une atonie transitoire de l'intestin, atonie dont la cause nous échappe complètement.

Le meilleur moyen de combattre ce symptôme, parfois très pénible pour l'opérée, consiste à laisser à demeure dans le rectum une grosse sonde en caoutchouc très souple ; en même temps on s'efforcera de provoquer les garde-robe en administrant du calomel à la dose de 50 à 75 centigrammes, ou de l'huile de ricin à doses fractionnées ; les lavements froids peuvent être aussi essayés. S'agit-il d'une hystérectomie vaginale? Les applications glacées ou, au contraire, très chaudes sur le ventre sont souvent suivies d'un effet très prompt. Mais le massage de l'intestin, conseillé par quelques-uns, doit être rejeté, au moins pendant les premiers jours. En Allemagne, on a obtenu de bons résultats en utilisant, dans un grand nombre de cas d'ileus ou de pseudo-ileus, les *injections hypodermiques d'atropine ;* on pourrait essayer ce moyen contre le météorisme rebelle aux traitements ordinaires (1/2 milligramme de sulfate neutre d'atropine en piqûre).

Hémorragie externe. — Si c'est la plaie pariétale qui saigne, on ne s'aperçoit de l'accident qu'au moment d'enlever le drain ou de changer la gaze, à moins qu'il ne s'agisse d'un écoulement exceptionnellement abondant, capable de traverser les différentes pièces du pansement et d'inonder les draps. Il se forme un hématome sous-cutané, et la peau

se marbre d'ecchymoses plus ou moins étendues. Il faut désunir la plaie, enlever les caillots, lier le vaisseau qui saigne, *si on le trouve*, et refaire les sutures, sans oublier de drainer ; si les tissus ont mauvais aspect, et, à plus forte raison, s'il y a menace de suppuration, on pansera à plat, après avoir lavé la plaie avec de l'eau oxygénée.

Dans certains cas, le sang vient de plus loin, du petit bassin, en suivant le trajet du drain. La situation est alors beaucoup plus sérieuse, et l'on ne saurait, sans commettre une grosse imprudence, se contenter d'arrêter l'hémorragie en tamponnant le trajet intra-pelvien. La réouverture du ventre sous chloroforme s'impose. C'est une nouvelle laparotomie que l'on est obligé de faire dans des conditions généralement moins favorables que la première ; il faut aller à la recherche des moignons, découvrir la source de l'hémorragie, lier le ou les vaisseaux, refaire la toilette du petit bassin, refermer le ventre après l'avoir drainé avec le plus grand soin.

Enfin, le sang peut venir du vagin, et il s'agit d'une hystérectomie par la voie basse. Deux cas peuvent se présenter. Dans le premier, c'est très peu de temps, un quart d'heure, une demi-heure après l'achèvement de l'opération que l'on s'aperçoit que la malade perd du sang, soit parce qu'une pince s'est déclanchée, soit parce qu'un vaisseau, momentanément oblitéré, s'est remis à « donner ». Sans perdre une minute, on doit reporter la malade sur la table d'opération, replacer les valves, attirer tant bien que mal les moignons des ligaments larges à l'aide d'une pince à traction, tâcher de découvrir le point qui saigne et le pincer ; *on n'oubliera pas de vérifier l'état des tranches vaginales*, surtout de la tranche postérieure. L'opérée est ensuite reportée dans son lit, réchauffée, et il est souvent prudent de recourir à une injection de sérum artificiel, tant à cause du sang perdu que pour combattre préventivement une infection, toujours possible, lorsqu'on intervient dans des conditions aussi mauvaises.

Une hémorragie plus ou moins copieuse peut se produire au bout de quarante-huit heures, au moment de l'ablation des pinces. En général, c'est en desserrant l'une des longuettes placées sur les utérines qu'on voit apparaître le

sang sous la forme d'un jet ou d'un suintement en nappe. Il faut, sans perdre un instant, placer la malade en travers du lit, face à la fenêtre, écarter les parois vaginales avec des valves qu'on confie à un aide, enlever prestement les mèches, puis, à l'aide d'une pince tire-balle, saisir le ligament large du côté d'où vient le sang, l'attirer doucement à la vulve : il est rare qu'on n'aperçoive pas presque aussitôt le point qui saigne. Sans précipitation, on le pince avec une longuette qui est laissée à demeure quarante-huit heures de plus. Toutes ces manœuvres sont douloureuses pour l'opérée qui se débat, et qu'il faut faire maintenir par un autre aide. C'est en prévision de cet accident, toujours possible, qu'on ne doit jamais entreprendre l'ablation des pinces sans s'être assuré le concours d'au moins un aide, et sans avoir à sa disposition les instruments nécessaires stérilisés. Dans deux cas personnels, me trouvant sans aide, je ne pus utiliser ni les valves, ni la pince tire-balle ; force me fut de recourir à la compression directe avec le doigt, à laquelle je substituai un fort tampon de coton ; je fus assez heureux pour voir le sang s'arrêter. Malgré ces succès, je conviens sans difficulté que la compression et le tamponnement ne sont que des expédients, des pis-aller, car on risque de voir les tampons disparaître dans l'excavation pelvienne sans avoir exercé la moindre compression sur la tranche qui saigne. Ce moyen ne peut réussir que par hasard, lorsque le point qui donne du sang se trouve très près de la vulve, d'où la possibilité pour le chirurgien de faire de la compression digitale directe. Quoi qu'il en soit, les cas de morts imputables à cet accident sont exceptionnels.

Hémorragie interne. — L'hémorragie interne est le résultat de la chute d'une ou de plusieurs ligatures vasculaires. Elle s'annonce, cliniquement, par des symptômes dont la gravité est en raison directe de l'abondance de sang épanché : pâleur du visage, affaiblissement progressif, petitesse et accélération du pouls, syncope. Localement, l'abdomen se météorise et devient sensible à la pression. Si l'hémorragie est considérable, on peut, parfois, percevoir de la matité dans les parties latérales et déclives du ventre.

Quelle conduite tenir en présence de ces graves symptômes? On n'a guère l'embarras du choix : il faut ouvrir le ventre et aller à la recherche du vaisseau qui saigne. On gagnera du temps en administrant sans retard une injection intra-veineuse ou même sous-cutanée de sérum artificiel (1 à 2.000 grammes d'emblée) ; par tous les moyens possibles, il faut lutter contre l'affaiblissement progressif de la patiente : piqûres d'éther, huile camphrée, caféine, inhalations d'oxygène, etc.

Mais, l'abdomen ouvert, il s'agit de découvrir la source de l'hémorragie, et, quelque invraisemblable que cela puisse paraître, il est arrivé plus d'une fois au chirurgien de refermer le ventre sans avoir rien trouvé. Ajoutons tout de suite que l'insuccès est chose rare, exceptionnelle même ; en règle générale, on réussit à arrêter l'hémorragie ; mais la guérison de l'opérée dépend de la promptitude avec laquelle on est intervenu, de la quantité de sang perdu, de l'état antérieur de la malade, enfin de l'asepsie du chirurgien et de ses aides. Dans la majorité des cas, le pronostic de ces opérations d'urgence est fort grave.

Péritonite aiguë. — Bien que cette terrible complication se fasse de plus en plus rare, elle n'en constitue pas moins, encore de nos jours, la cause de mort la plus fréquente après les grandes interventions de la gynécologie opératoire.

Sa physionomie clinique est trop connue pour qu'il soit utile d'en donner ici une description. Nous ne nous occuperons donc que du traitement.

On ne saurait trop protester contre l'opinion de ceux qui parlent de rouvrir le ventre au premier signe de réaction péritonéale : tous les chirurgiens ont vu des « menaces » de péritonite « tourner court » sous l'influence de soins purement médicaux. Pourrait-on en dire autant des laparotomies secondaires, même très précoces?

En règle générale, on ne prendra donc le bistouri qu'après échec de la thérapeutique conservatrice.

Application permanente de glace sur le ventre, injections massives de sérum physiologique, voilà les meilleurs moyens dont nous disposions pour lutter contre l'infection

post-opératoire de la séreuse péritonéale. Nous n'avons rien à ajouter à ce qui a déjà été dit ailleurs (Voyez p. 86) ; nous rappellerons seulement que ces applications froides doivent être permanentes et continuées jusqu'à la disparition complète des phénomènes péritonéaux. Nous n'avons pas non plus à revenir sur la technique des injections massives (Voyez p. 98); mais nous ferons remarquer que les injections intra-veineuses devront être préférées dans les formes graves de l'infection, toutes les fois qu'il y aura lieu d'agir avec promptitude et énergie. Quant aux doses à recommander, elles dépendront surtout de la gravité de la situation. On peut commencer avec 500 ou 600 grammes ; dans tous les cas, il ne semble pas prudent de dépasser 3.000 grammes en vingt-quatre heures, même en présence des infections les plus sérieuses.

Ce n'est pas tout. Il faut encore favoriser la diurèse en administrant des boissons rafraîchissantes et légèrement diurétiques, faciliter les évacuations alvines par des laxatifs et des lavements, etc.

Il est très malaisé, souvent même impossible, d'alimenter ces malades à cause des nausées, du hoquet et des vomissements ; mais, toutes les fois que la chose sera possible, on insistera sur le lait et les boissons alcoolisées (champagne frappé, grogs glacés).

Quelle que soit l'efficacité des applications locales de glace associées au sérum, il est des cas où cette médication échoue complètement ; l'infection suit sa marche envahissante et se généralise à toute la séreuse. L'intervention sanglante retrouve alors tous ses droits; il faut rouvrir le ventre, enlever tant bien que mal les exsudats et les fausses membranes, réséquer, au besoin, l'épiploon et établir un large drainage vagino-abdominal. Cette conduite s'impose, en quelque sorte, d'une manière formelle, mais elle n'est pas souvent couronnée de succès.

Pourtant, si nous en croyons MORESTIN, nous possédons dans l'*éther sulfurique ordinaire* un excellent moyen de combattre la péritonite septique diffuse ou localisée.

Ainsi, après avoir supprimé le foyer morbide (utérus, annexes, etc.), essuyé le pus, enlevé le exsudats et fausses

membranes, réséqué l'épiploon, on projette dans le ventre, sur les anses intestinales, sur les moignons des ligatures, enfin sur tous les points qui ont pu être exposés à la contamination, de 50 *à* 100 *grammes d'éther* au moyen d'une seringue ou d'un flacon muni d'un long tube de verre ; au contact de ce liquide, on voit aussitôt l'intestin prendre une teinte légèrement rosée ; la plaie pariétale est ensuite fermée avec ou sans drainage. Grâce à leur volatilité, les vapeurs d'éther finissent par remplir toute la cavité péritonéale, elles se répandent partout, s'insinuent dans toutes les anfractuosités, jusque dans les moindres recoins, depuis le plancher pelvien jusqu'au diaphragme, de telle sorte que les organes abdomino-pelviens ainsi que les parois qui les contiennent baignent dans une *véritable atmosphère éthérée*.

Employé comme il vient d'être dit, l'éther exercerait sur l'organisme une triple action : *anesthésique*, *antiseptique*, *tonique*. En effet, sous son influence, la plupart des opérées n'accusent presque aucune souffrance dans les heures qui suivent l'intervention, résultat qu'on ne saurait trop apprécier quand on sait de quelles terribles douleurs s'accompagne l'inflammation de la séreuse abdominale ; mais c'est surtout à cause de ses propriétés antiseptiques que l'éther mérite la faveur des chirurgiens, et MORESTIN affirme avoir obtenu par ce moyen des résultats absolument inespérés ; son action tonique est aussi très réelle, elle provoque des modifications circulatoires qui stimulent le processus de défense de la séreuse contre les microorganismes [1].

Nous devons aussi une mention aux *injections d'huile camphrée* pratiquées en pleine cavité péritonéale ; cette pratique aurait donné des résultats très encourageants ; entre autres exemples, on peut citer les observations de M. BLECHER (de Darmstadt). Avant de fermer le ventre, ce chirurgien injecte dans le péritoine 100 grammes d'huile camphrée, et il manœuvre de telle sorte que cette huile se répande dans tous les coins et recoins de la cavité abdomino-pelvienne (positions variées imposées à la malade, etc.) ; ce qui est cer-

1. *Société de Chirurgie de Paris*, séance du 14 mai 1913. Au cours de cette séance, AUVRAY et SOULIGOUX ont cité des exemples qui n'ont fait que confirmer les observations si intéressantes rapportées par MORESTIN.

tain, c'est qu'il a eu recours à ce moyen dans cinq cas de péritonite post-appendiculaire, et qu'il a obtenu, au bout de très peu de temps, cinq succès complets [1].

D'autres fois le mal, au lieu de se généraliser, reste limité au petit bassin ; il se forme un foyer que des fausses membranes isolent du reste de la séreuse, et tout se termine par un abcès pelvien qui se videra spontanément par le rectum, le vagin ou à travers la plaie de la paroi, à moins qu'on n'intervienne par une colpotomie ou par une incision pariétale. Le pronostic de cette péritonite post-opératoire *enkystée* est ordinairement favorable.

En résumé, la péritonite aiguë post-opératoire ne réclame, au début, que des soins médicaux : les succès obtenus par la méthode conservatrice ne se comptent plus. Mais l'amélioration tarde-t-elle à se manifester? Il faut savoir s'arrêter, au lieu de perdre un temps précieux en tentatives infructueuses, et la laparotomie est la suprême ressource dans les cas désespérés. L'infection s'est-elle cantonnée dans le petit bassin, et le danger immédiat est-il conjuré, on pourra, tout en appliquant un traitement médical énergique, attendre que le pus se fasse spontanément jour hors de l'excavation pelvienne ; néanmoins cette attente ne doit pas se prolonger outre mesure, et il vaut encore mieux risquer de faire une colpotomie précoce que d'exposer la patiente à succomber dans le marasme.

Septicémie aiguë généralisée. — Il n'y a pas la moindre trace de péritonite ; nulle part on ne trouve de localisation qui explique l'élévation de température survenue brusquement le deuxième ou le troisième jour de l'intervention. Le matin, le thermomètre indique 37°,8 à 38°,5 ; un grand frisson éclate vers cinq heures du soir, suivi d'un stade de chaleur et de sueurs profuses. L'exacerbation vespérale atteint 39° et même 40°, la langue est sèche, les traits du visage grippés, l'appétit nul, les urines rares, la constipation opiniâtre. On a sous les yeux le tableau classique de la grande pyohémie. Quelle conduite tenir en présence d'une situation aussi grave? Il n'est guère possible de songer à une interven-

1. Blecher. *Münch med. Woch.*, 1913.

tion, puisque le mal n'est localisé nulle part. Le seul parti à prendre, c'est d'aider l'organisme à lutter contre l'infection. C'est le cas ou jamais de procéder au *lavage du sang*, de recourir aux injections intra-veineuses massives de sérum physiologique, sans, toutefois, dépasser certaines doses, de crainte de rendre le remède pire que le mal ; d'une manière générale on fera bien de s'en tenir à 3.000 grammes au maximum en l'espace de vingt-quatre heures.

Mais le sérum n'est pas tout. Il faut encore surveiller le cœur, le rein, le poumon, le tube digestif même, sans oublier de soutenir l'état général. La digitale, la caféine, les injections hypodermiques de sulfate de strychnine, d'huile camphrée, seront administrées successivement ou alternativement, suivant les exigences du moment. Contre la congestion pulmonaire, on prescrira des ventouses sèches à profusion tous les jours ou tous les deux jours, on recommandera le décubitus latéral pour prévenir l'hypostase ; on favorisera la diurèse par tous les moyens possibles (boissons rafraîchissantes, diurétiques, prises en très grande abondance), ainsi que les évacuations intestinales (laxatifs, purgatifs, lavements) ; l'alimentation ne sera pas négligée non plus ; il faudra insister sur le lait, le jus de viande, les extraits concentrés, les grogs, le thé, le champagne, etc.

Thrombose et embolie. — La thrombose est souvent signalée à la suite des interventions abdominales, et les auteurs s'accordent à trouver qu'elle est surtout fréquente après l'hystérectomie pour fibrome. D'une manière générale les femmes porteuses de grosses tumeurs intra-péritonéales y sont plus particulièrement prédisposées.

Ces coagulations post-opératoires peuvent se diviser en superficielles et en profondes.

Dans le premier cas, il s'agit presque toujours d'une détermination au niveau des veines fémorales ou des saphènes, tandis que les thromboses profondes ont leur siège dans les veines du petit bassin.

Dans l'une comme dans l'autre forme, il y a une infection à l'origine des accidents, et parmi les causes qui favorisent le développement de la thrombo-phlébite, il faut incriminer :

l'immobilité prolongée qu'on impose aux patientes, les hémorragies répétées qui augmentent la coagulabilité du sang (métrorragies et ménorragies des fibromateuses) ; l'état souvent précaire de l'appareil cardio-pulmonaire, etc. ; à tous ces facteurs ajoutons encore : la trop longue durée de l'acte opératoire, caractérisé par des manœuvres laborieuses occasionnant des meurtrissures plus ou moins graves au niveau des plexus veineux, etc.

Le pronostic de ces thrombo-phlébites est donc toujours fort grave, à cause des *embolies* qu'elles provoquent (mort subite par arrêt du cœur, mort rapide par asphyxie ; petites embolies tuant plus lentement en déterminant des phénomènes septiques, gangrène, abcès du poumon, pleurésie purulente, etc.).

Pourtant on trouve dans la littérature médicale des observations relatives à des embolies pulmonaires qui se sont terminées par la guérison.

Pour la symptomatologie et le diagnostic, nous prions le lecteur de se reporter aux traités spéciaux.

Traitement. — Il sera, avant tout, préventif. Ainsi, avant de vous décider à opérer une fibromateuse affaiblie par des hémorragies répétées, ou une porteuse de gros kystes ovariques épuisée par le développement rapide de ces néoplasmes, surveillez le cœur ; si vous le trouvez un peu mou, fatigué, la spartéine est tout indiquée ; les injections hypodermiques de sérum à doses modérées (50 à 200 grammes en 24 heures), qui relèvent la tension artérielle, sont aussi très utiles ; si vous avez des raisons de supposer que la coagulabilité du sang est accrue ou menace de s'accroître, prescrivez, à l'instar de LEGUEU, le *citrate de soude* (2 à 10 grammes en 24 heures) ; enfin l'opération faite, gardez-vous bien de céder à l'entraînement général en faveur du *lever précoce.*

Maintenant, quelle sera la conduite du chirurgien à l'égard d'une opérée atteinte de thrombo-phlébite ? Avant toutes choses, prescrivez l'immobilisation aussi complète que possible (gouttière en fil de fer si c'est un membre qui est touché ; gouttière de BONNET, s'il s'agit des veines pelviennes).

Le traitement curatif se réduit, en somme, à peu de chose :

inhalations d'oxygène, applications de ventouses, de cataplasmes sinapisés, etc., la spartéine, l'huile camphrée en injections hypodermiques rendent des services. Quelques chirurgiens ont tenté l'*extraction du caillot* par *artériotomie de l'artère pulmonaire;* ce sont des exemples qu'on aurait bien tort d'imiter.

Occlusion intestinale. — C'est une complication assez rare, mais d'une extrême gravité.

Il convient de distinguer : 1° les occlusions précoces ; 2° les occlusions tardives.

Occlusions précoces. — Les causes en sont multiples. La *compression* est un facteur relativement fréquent : tantôt il s'agit d'une anse intestinale engagée sous un pédicule utérin ou bien aplatie par une compresse fortement tassée ou encore intéressée dans une ligature vasculaire ; d'autres fois, les accidents succèdent à un *volvulus*, ou bien éclatent à la suite d'une *coudure* déterminée par la présence d'un gros drain, d'une pince laissée à demeure ; enfin, dans un certain nombre de cas, on a vu les phénomènes d'occlusion dépendre d'un *spasme nerveux*, d'une *contracture persistante*, ou bien résulter d'un *iléus paralytique*.

Fait important à noter : dans les occlusions précoces, l'anse lésée se trouve, ordinairement, dans le voisinage du champ opératoire.

Occlusions tardives. — Ici, ce sont les adhérences qui jouent le principal rôle dans la genèse des accidents. Bien souvent, l'intestin se *coude* ou *s'étrangle* au niveau d'une *bride fibreuse ;* d'autres fois, c'est la transformation fibreuse d'exsudats en surface qui amène l'oblitération de la lumière intestinale, etc. Quant aux occlusions par *obstruction* (accumulation de matières), il est certain que la diminution du calibre de l'intestin sous l'influence d'une rétraction cicatricielle (transformation fibreuse d'exsudats inflammatoires) peut, dans bien des circonstances, remplir le rôle de cause prédisposante.

Nous n'avons pas à entreprendre ici l'étude des symptômes ni celle du diagnostic : on en trouvera la description dans les manuels de chirurgie.

Traitement. — Contre l'occlusion par obstruction, on emploiera simultanément les purgatifs salins et les drastiques, les lavements huileux, les irrigations rectales chaudes dans le but de ramollir le bol fécal et de faciliter son passage ; les lavements électriques peuvent aussi réussir. En cas d'insuccès, on aurait bien tort de perdre un temps précieux en insistant outre mesure : il est alors beaucoup plus rationnel de recourir à la laparotomie.

Si l'occlusion est due à une *coudure par bride*, à un *rétrécissement par rétraction fibreuse* ou à la *compression* exercée par une des causes que nous avons énumérées, gardez-vous bien d'aggraver la situation par l'administration intempestive de purgatifs ou de lavements : c'est, au contraire, le cas ou jamais d'ouvrir le ventre pour aller lever l'obstacle, cause des accidents.

S'agit-il d'une occlusion par *ileus paralytique ?* Il est permis de préférer l'électricité à l'intervention sanglante ; pourtant le meilleur moyen de faire cesser les accidents serait, si nous en croyons les faits publiés en Allemagne, de recourir aux injections hypodermiques de *sulfate d'atropine* (1/2 milligr. par piqûre) ; en tout 3 piqûres en 24 heures. En France, cette médication n'a pas encore été employée, du moins, à notre connaissance.

Il est une autre variété d'occlusion, exceptionnelle sans doute, mais qu'on ne saurait passer sous silence : nous voulons parler de l'occlusion mécanique par une ligature ou une suture intéressant une anse d'intestin. Contre ces accidents notre seule ressource est la laparotomie. Mais à quel signe reconnaître la nature de l'obstacle? Avant de se décider à ouvrir le ventre, ce qui serait le salut, on perd un temps précieux à administrer des lavements électriques, etc. Je me souviens d'avoir observé dans le service de mon maître M. Richelot un cas d'occlusion due à l'étranglement d'une anse grêle entre deux points de catgut de la suture du plan musculo-aponévrotique. Il s'agissait d'une laparotomie ; les accidents éclatèrent le soir même de l'opération. M. Richelot eut la bonne idée d'intervenir dès le lendemain, et la malade guérit ; l'anse étranglée était positivement noire, mais elle ne présentait aucun point sphacélé;

on se contenta de la réduire dans le ventre, qui fut refermé sans aucun drainage.

Distension aiguë de l'estomac. — La distension aiguë de l'estomac est un accident post-opératoire qui paraît dû à une déglutition exagérée de salive (sialophagie) et d'air (aérophagie), déglutition qui serait provoquée par la *sécheresse* et l'*irritation* extrêmes du pharynx ; on sait que ces symptômes sont très fréquents à la suite de certaines interventions intra-péritonéales, principalement chez les sujets nerveux.

La distension aiguë de l'estomac a presque toujours pour effet de refouler le paquet intestinal vers les parties inférieures de l'abdomen, d'où tension excessive du mésentère, qui, à l'instar d'une corde fortement tendue, vient appuyer sur la portion transversale du duodénum ; celle-ci finit par devenir le siège d'une véritable occlusion par étranglement.

Tel est le mécanisme pathogénique le plus généralement admis en France, et il faut convenir que cette explication est la plus vraisemblable. Pourtant on trouve dans la littérature spéciale des observations relatives à des distensions gastriques aiguës consécutives à une *paralysie de la musculature de l'estomac*, paralysie que certains auteurs attribuent à l'anesthésie générale.

Quoi qu'il en soit, il importe de faire remarquer que la distension aiguë de l'estomac n'entraîne pas toujours des accidents d'occlusion du côté du duodénum.

Cliniquement, la distension gastrique se caractérise par des vomissements opiniâtres, par du météorisme épigastrique, enfin par l'affaiblissement progressif de la patiente, qui finit par tomber dans le collapsus.

Traitement. — Avant toutes choses, on procédera au lavage de l'estomac, en ayant soin de pousser le tube de FAUCHER aussi loin que possible afin d'atteindre les parties les plus déclives de l'estomac anormalement dilaté ; on favorisera la sortie de l'air qui y est renfermé en recommandant aux malades de se mettre en position ventrale ou, mieux encore, dans l'attitude genu-pectorale.

Le pronostic est toujours sérieux; il n'en est pas moins

certain que, sous l'influence de soins méthodiques, les accidents se dissipent très rapidement. Méconnue ou négligée, la distension aiguë de l'estomac aboutit fatalement à la mort.

Suppuration de la suture abdominale. — C'est une complication d'autant plus désagréable qu'il est toujours possible de l'éviter en opérant proprement; hâtons-nous d'ajouter qu'elle devient de plus en plus rare.

En général, il s'agit d'un accident très bénin, *quo ad vitam*, en ce sens qu'on n'a jamais vu l'infection se propager au péritoine sous-jacent; du moins nous n'en connaissons aucun exemple ; il n'en est pas moins certain, qu'au point de vue des résultats éloignés, cette suppuration peut avoir les plus fâcheuses conséquences, affaiblir la cicatrice pariétale et créer un point d'appel pour l'éventration ; le chirurgien doit donc la redouter et s'efforcer de l'éviter par tous les moyens possibles. L'inflammation éclate-t-elle presque immédiatement après l'opération, on en conclura que la faute d'asepsie incombe au chirurgien ou à ses aides ; mais, si la suppuration se manifeste tardivement, du huitième au quinzième jour, il faut nécessairement en accuser les fils qui ont servi à la suture (catgut ou soie).

Si l'inflammation est très légère, on se contentera d'appliquer des pansements humides faiblement antiseptiques ; dans le cas contraire, il faut retirer les crins, désunir la peau, parfois même enlever des fragments de catgut, désinfecter le foyer avec de l'eau oxygénée et panser à plat avec de la gaze humectée d'eau alcoolisée ou même d'alcool pur à 90°.

Il faut, en général, de six semaines à deux mois pour qu'une plaie de ce genre se comble par bourgeonnement.

Parfois on se trouve en présence de décollements très étendus, anfractueux, très favorables à la stagnation du pus ; pour hâter le bourgeonnement et la cicatrisation de ces plaies, qui ont la plus fâcheuse tendance à suppurer interminablement, il suffirait de pratiquer quelques débridements dans la direction des clapiers les plus profonds ; malheureusement, on se heurte le plus souvent à une opposition irréductible de la part des malades, surtout dans la clientèle privée. C'est alors le cas ou jamais de recourir au drainage,

à un drainage très soigné, très minutieux, qui sera réalisé au moyen de faisceaux de gros crins de Florence, toujours préférables, dans ces cas, aux drains de caoutchouc, parce qu'ils sont moins douloureux et qu'ils favorisent l'accollement des parois abcédées. Ces plaies doivent être pansées avec beaucoup de soin, tous les jours et même, si possible, deux fois par jour : après avoir nettoyé la peau qui avoisine les bords, faites avec la seringue une injection d'eau oxygénée étendue, sous une très faible pression et sans déranger les crins, à moins que la sécrétion ne soit trop abondante; dans ce dernier cas, il faut, au contraire, retirer les crins, les laver, puis les remettre en place, après avoir pratiqué l'injection oxygénée ; cela fait, recouvrez avec des compresses alcoolisées (compresses de tarlatane stérilisée imbibées d'eau additionnée de 1/4 d'alcool à 90°); compression ouatée, etc. Mais on peut rencontrer des formes rebelles : au bout de trois à quatre semaines, on constate que la plaie n'a guère tendance à se cicatriser ; on est alors bien forcé de recourir aux caustiques : teinture d'iode, chlorure de zinc, nitrate d'argent ; en cas d'insuccès, il ne faut pas hésiter à pratiquer les petits débridements dont nous avons parlé; il peut même devenir nécessaire de s'adresser à la curette pour aviver les surfaces ulcérées devenues atones ; chez les malades pusillanimes, l'anesthésie locale nous paraît indispensable ; mais il est bien exceptionnel qu'on soit contraint de recourir à l'anesthésie générale par le chloroforme ou par l'éther...

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Du shock opératoire. — Il y a quelque vingt ans, on avait beaucoup abusé du mot et de la chose : il était si commode de mettre sur le compte de l'ébranlement nerveux, de l'inhibition, des morts opératoires relevant bel et bien de l'infection seule ! Mais alors, on n'y regardait pas de si près : toutes les fois qu'un décès ne paraissait pas dépendre manifestement d'une faute contre l'antisepsie, on s'empressait d'accuser le *shock* et l'amour-propre du chirurgien était sauf !

Les choses ont bien changé depuis. Aujourd'hui nous sommes heureusement plus clairvoyants et surtout plus sincères : nous ne rougissons plus de faire notre *mea culpa* et d'avouer loyalement que nous avons péché contre la propreté. Quelques chirurgiens même sont allés beaucoup plus loin, et, dépassant toute mesure, ils ont nié la réalité du shock opératoire pur et simple et soutenu que les décès attribués à l'inhibition étaient toujours dus à l'*infection*, à une infection à marche foudroyante.

Il y avait là une exagération manifeste contre laquelle tous les bons esprits s'empressèrent de protester : *le shock opératoire proprement dit existe bel et bien*, tous nous en avons observé des exemples probants.

On désigne ainsi l'état de dépression, d'accablement, d'anéantissement qui succède à une opération de longue durée, surtout si les pertes de sang ont été considérables.

L'état de shock se caractérise par les symptômes suivants : respiration superficielle et irrégulière, pouls petit et rapide, extrémités froides, température au-dessous de la normale, et, dans les cas très graves, relâchement des sphincters.

Il est certain qu'autrefois, la mort était une terminaison assez fréquente du shock ; mais aujourd'hui nous sommes, heureusement, infiniment mieux armés pour lutter contre cette redoutable complication. Ainsi, en présence d'une opérée en état de shock, quelle devra être la conduite du chirurgien ? Il faut, sans perdre de temps, et, avant tout, réchauffer la malade par tous les moyens possibles (boules d'eau chaude, enveloppements ouatés sur le tronc et sur les membres), stimuler l'organisme par des piqûres d'éther, d'huile camphrée[1], favoriser l'hématose par des inhalations d'oxygène, etc. ; si, en dépit de ce traitement, l'organisme tarde à réagir, on n'hésitera pas à recourir aux injections intra-veineuses de sérum artificiel, associé à des injections hypodermiques de spartéine ou de caféine.

1. Beaucoup de praticiens ne songent presque jamais à dépasser la dose classique de 1 ampoule de 1 c. c. contenant 0,10 à 0,20 centgr. C'est un très grand tort ; *l'huile camphrée n'est pas toxique*, et, dans les cas graves, pour obtenir des résultats appréciables, n'hésitez pas à pratiquer jusqu'à 5 ou 6 piqûres en 24 heures.

Méthode de Murphy. — La méthode de MURPHY a pour but d'administrer le sérum physiologique sous la forme de *lavements continus*.

On se sert pour cela d'un appareil très analogue à l'irrigateur ordinaire ou bien au bock-laveur employé pour les injections vaginales ; cet appareil est réglé de façon à faire passer le liquide dans le rectum *goutte à goutte*, soit en moyenne *une* ou *deux* gouttes *par seconde*. On utilise généralement le sérum artificiel ordinaire (7 grammes de chlorure de sodium pour 1.000 grammes d'eau distillée stérilisée) chauffé à 38° et contenu dans un réservoir placé à 30 ou 50 centimètres au-dessus de l'anus ; et il est essentiel que la canule de l'appareil (canule en verre très effilée, en métal nickelé ou même en caoutchouc) soit poussée jusqu'au dessus du sphincter ; pour éviter le dérangement de cette canule et sa sortie de l'anus, on pourra se servir d'une fine canule en caoutchouc rouge dont le bec est façonné comme celui d'une sonde de PEZZER ou de MALÉCOT.

En général, on administre un litre par heure ; la malade est ensuite mise au repos pendant une heure, après quoi on recommence, et ainsi de suite jusqu'à concurrence de plusieurs litres en vingt-quatre heures (de 1 à 5 ou 6).

Ces lavements sont très bien tolérés et le liquide est résorbé le plus facilement du monde ; sous l'influence de cette médication, la diurèse augmente, le pouls se relève, l'accablement post-opératoire disparaît assez rapidement.

Au lieu d'administrer un litre toutes les deux heures, on peut employer la méthode de MURPHY d'une façon continue, la nuit aussi bien que le jour, et cela pendant plusieurs jours consécutifs. Ces *instillations rectales continues* ne sont à conseiller que dans les cas graves, chez les opérés profondément infectés (phlegmons pelviens à évolution subaiguë, pelvi-péritonite, etc.).

Douleurs lombaires (lumbago post-opératoire). — A la suite des opérations gynécologiques, il est assez fréquent de voir survenir des douleurs lombaires, qui, parfois, atteignent une acuité extrême et font cruellement souffrir les opérées, et cela en l'absence de tout mouvement fébrile,

et sans la moindre réaction péritonéale. Je me hâte d'ajouter que, jusqu'à présent, la cause réelle de ce symptôme, si pénible et si tenace, nous échappe complètement.

On a bien prétendu que cette sorte de lumbago chirurgical était dû aux tractions exercées sur les organes pelviens au cours des manœuvres d'extirpation (hystérectomie, hystéropexie, etc.) ; mais cette explication est tout à fait insuffisante, attendu que ces douleurs sont très souvent notées après l'appendicectomie, après l'amputation du sein, etc. ; je les ai même observées dans deux cas de cure radicale de hernies.

Pour ma part. je serais plutôt tenté de considérer ces douleurs comme de véritables courbatures provoquées par la position forcée infligée au tronc pendant la durée de l'acte opératoire ; et, de fait, le corps repose sur un plan rigoureusement horizontal, très dur, dont il n'est séparé que par un très mince matelas ou par quelques « doubles » d'une couverture de laine ; il s'ensuit que les « reins » portent complètement à faux.

Ce lumbago n'est pas seulement remarquable par son acuité, il est souvent très tenace, parfois rebelle à tous les traitements habituellement employés. En somme, on a « essayé de tout » avec des résultats variables. Dans certains cas — les moins fréquents — il suffit de un ou deux coussins habilement disposés sous la cambrure des reins pour amener un soulagement presque immédiat. D'autres fois, les opérées ne sont calmées que dans la position demi-assise ou bien par le soulèvement du bassin ou celui des épaules ; le décubitus latéral, la position latérale de Sims sont quelquefois efficaces ; enfin, on a essayé l'action des ventouses sèches ou scarifiées, les cataplasmes sinapisés, les badigeonnages de teinture d'iode, les frictions térébenthinées, les pointes de feu ; si tous ces moyens venaient à échouer, nous n'aurions plus qu'une ressource, l'injection hypodermique de morphine, *resssource dont on ne doit user qu'à la dernière extrémité et en cas de nécessité absolue.*

Disons, en terminant, que le pronostic de cette courbature post-opératoire est *toujours* bénin.

Position des opérées. — Immédiatement après l'opération, l'opérée sera placée dans le décubitus dorsal, la tête basse, aussi basse que le reste du corps, les cuisses légèrement fléchies et soutenues par une sorte de traversin qu'on glisse sous les genoux. Cette attitude doit être maintenue pendant les douze premières heures, au moins ; mais si, passé ce délai, les vomissements (anesthésiques) persistent, s'il y a des vertiges, une certaine tendance à la syncope, il sera prudent de prolonger le décubitus horizontal, à plat, pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, et même davantage, suivant les susceptibilités individuelles.

Supposons que nous ayons affaire à un cas simple ; tout s'étant bien passé, au bout de douze à vingt-quatre heures, on autorisera l'opérée à se placer sur le côté droit ou gauche, ou bien on lui glissera sous la tête et les épaules un coussin plat, afin de surélever un peu de thorax, changement d'attitude qui procure aussitôt du bien-être ; on pourrait même permettre la position *demi-assise*, dite *position de* Fowler. Cette position consiste à redresser le tronc au moyen d'oreillers ou de coussins placés sous les épaules et sous la tête, de manière à « caler » confortablement la malade ; enfin, les genoux seront maintenus dans la demi-flexion grâce au traversin dont nous avons parlé plus haut.

La position de Fowler est même formellement indiquée si l'opérée est une femme d'âge un peu avancé, toutes les fois qu'il y a lieu de redouter la pneumonie hypostatique ; mais elle peut rendre des services même chez les sujets jeunes, toutes les fois que le fonctionnement de l'appareil respiratoire laisse tant soit peu à désirer. Quoi qu'il en soit, la position de Fowler n'est pas une attitude qu'on est forcé d'imposer à toutes les opérées au bout de douze à quarante-huit heures ; dans bien des cas, il suffit de soulever légèrement le tronc au moyen d'un simple oreiller pour que la malade se déclare soulagée et satisfaite ; enfin, certaines femmes peuvent supporter le décubitus dorsal pendant plusieurs jours sans en être sérieusement incommodées ; dans ce cas, on n'insistera pas pour modifier l'attitude à moins qu'on n'y trouve une indication formelle dans l'état du poumon

ou dans le but de prévenir la production d'une eschare, accident très fréquent chez les personnes obèses.

Toujours est-il que le chirurgien peut se trouver, parfois, dans le plus cruel embarras. Supposons le cas d'une opérée qui, même au bout de quarante-huit heures, ne peut soulever la tête sans être prise de vertiges, sans pâlir, se sentir mal à l'aise ; d'une autre part, l'état du poumon, l'irrégularité du pouls, etc., commandent la position demi-assise. Comment résoudre la difficulté ? On pourra toujours autoriser le décubitus latéral, la tête basse et profiter de cette attitude pour couvrir le thorax de ventouses sèches ; les inhalations d'oxygène, les piqûres d'huile camphrée, le sérum artificiel à faibles doses (50 à 100 centimètres cubes) constituent des adjuvants très utiles ; et c'est dans ces circonstances critiques que la méthode de MURPHY, judicieusement appliquée, peut rendre de grands services.

La *position ventrale* serait indiquée, toutes les fois qu'il y a menace de congestion pulmonaire, bronchite, tendance à l'hypostase ; malheureusement, il n'est guère possible d'y recourir chez les laparotomisées, à cause de la plaie opératoire. En définitive, cette attitude ne peut être admise que dans les cas de curettage ou d'interventions sur le col ; on peut en dire autant de la position latérale de SIMS.

Le lever des opérées. — Depuis quelques années, il est de mode de vanter les bienfaits du lever précoce des opérées en général et des laparotomisées en particulier ; je dis « de mode », car il n'est guère possible de qualifier autrement l'engouement de certains chirurgiens pour cette dangereuse innovation.

Très recommandé par les Américains et les Allemands, le lever précoce — tel que le comprennent ces auteurs — ne compte encore en France qu'un très petit nombre de partisans à la tête desquels s'est résolument placé M. REYNÈS (de Marseille).

Parmi les promoteurs de la nouvelle méthode, il nous suffira de signaler les noms de MM. KRŒNIG, MAYO, BOLDT, BALLERINI et surtout celui de M. KUMMEL (de Hambourg) qui a appliqué le lever précoce à un très grand nombre d'opérées

appartenant aux catégories les plus diverses (appendicectomies, ovariectomies, cures radicales de hernies, interventions sur les voies biliaires, etc., etc.); on trouve notamment, dans un mémoire publié en 1909, 27 observations relatives à des hystérectomisées pour cancer ou pour fibrome, qui se sont levées du 3e au 4e jour après l'opération. Entre autres avantages résultant du lever précoce, M. KUMMEL insiste sur le rétablissement très rapide des fonctions gastro-intestinales, de la miction spontanée, le réveil des forces, etc.

Il est juste de faire remarquer que les partisans du lever précoce n'appliquent leur méthode que si l'acte opératoire s'est effectué dans de bonnes conditions (anesthésie facile et de durée relativement courte, manœuvres simples et rapidement exécutées, pertes de sang minimes, pas de drainage, occlusion parfaite de la plaie pariétale) et si les suites sont simples, bénignes (pas de vomissements post-ânesthésiques, pas de réaction péritonéale, indolence de la plaie opératoire, pas de fièvre, pouls normal).

Il est évident que nous sommes très loin d'approuver la routine qui prétend immobiliser les laparotomisées pendant des semaines et même des mois ; mais de là à engager les hystérectomisées, par exemple, à quitter le lit dès le deuxième où le troisième jour, il y a une exagération à rebours qui ne peut être que condamnée par les esprits judicieux.

Il est, d'ailleurs, bien difficile, sinon impossible de formuler des règles précises, rigoureuses, applicables à tous les cas d'une même opération. Exemples : voici une « curettée » dont la convalescence a évolué avec une bénignité telle que son *exeat* a pu être signé au 10e ou 12e jour. En revanche, comment ne pas s'opposer au lever précoce d'une autre « curettée », qui pendant les 8 ou 10 premiers jours a présenté des phénomènes graves et même alarmants (fièvre élevée, réaction péritonéale, asthénie cardio-vasculaire, etc.) ? Il n'est pas contestable qu'une hystéropexie pure et simple sans drainage, est une opération idéalement bénigne, et qu'il n'y aurait aucun inconvénient à signer son *exeat* au bout de 12 à 15 jours ; en revanche, il serait manifestement peu sage d'agir de même, à l'égard d'une hystéropexiée qui a subi, en même temps l'ablation d'une trompe purulente, ce

qui a nécessité l'établissement d'un drainage par la voie haute !

Pour abréger, voici quelques données basées sur notre expérience personnelle et sur des faits directement observés ; elles pourront servir d'indications aux praticiens embarrassés.

Hystérectomie abdominale (pour cancer) très laborieuse, pertes de sang notables, grand drainage abdomino-vaginal : séjour au lit pendant 3 à 5 semaines suivant la gravité des suites immédiates ; convalescence très surveillée pendant au moins 1 mois.

Hystérectomie abdominale (pour fibrome) très simple, sans drainage, suites immédiates très bénignes ; séjour au lit 10 à 15 jours.

Hystérectomie vaginale (pour cancer) très simplement exécutée, suites absolument apyrétiques ; ici, à cause des eschares qui doivent s'éliminer spontanément et lentement, il serait imprudent d'autoriser le lever avant 3 semaines accomplies, au bas mot.

Colporrhaphie antérieure simple ; il serait imprudent d'autoriser le lever avant la cicatrisation parfaite, ce qui demandera presque toujours 10 à 12 jours.

Colporrhaphie postérieure et colpo-périnéorrhaphie exécutées par des procédés simples (EMMET, HEGAR) ; le succès de l'intervention dépend, pour une grande part, de l'immobilité des membres inférieurs jusqu'à cicatrisation complète de la ligne des sutures ; il faut compter de 15 à 18 jours de décubitus dorsal aussi rigoureux que possible ; quoi qu'en disent certains auteurs, la position latérale pourrait compromettre le résultat final.

Opération d'ALEXANDER, opération de BECK, de WYLIE, de MANN, etc., il serait peu sage d'autoriser le lever avant le 15e jour.

Salpingo-oophorectomie pour annexes suppurées ; si les suites ont été apyrétiques et si le pelvis a été drainé par la voie basse, inutile de maintenir les opérées au lit pendant plus de 12 à 15 jours ; en cas de drainage sus-pubien, il vaudrait mieux attendre le 20e jour.

DE LA LAPAROTOMIE

La laparotomie, c'est l'ouverture du ventre, c'est le premier temps de toute intervention intra-abdominale ; elle consiste dans la section, couche par couche, de toutes les parties molles qui constituent la paroi antérieure de l'abdomen, y compris le péritoine pariétal. En allant d'avant en arrière, ou, si l'on aime mieux, de la superficie vers la profondeur, on coupe successivement : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la ligne blanche — ou, à son défaut, le muscle grand droit engainé dans son aponévrose — la fascia transversalis, le tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal, et, enfin, le feuillet pariétal de la séreuse abdominale.



Fig. 63.
Valve de Doyen.

Toute laparotomie — avons-nous besoin de le dire? — doit être précédée de la désinfection rigoureuse des téguments, désinfection dont on trouvera ailleurs la description détaillée (Voyez p. 24).

Incision médiane verticale. — La malade étant placée dans la position de Trendelenbourg (*fig.* 65) (Voyez *Préparation de la malade*, p. 22) et la vessie vidée par le cathétérisme, on pratique une incision médiane, sous-ombilicale, longue d'environ 8 à 12, 15 centimètres, intéressant la peau et le pannicule adipeux sous-jacent. Cette longueur de l'incision peut suffire ; dans le cas contraire, l'ouverture est agrandie plus ou moins suivant les circonstances, comme on le verra plus loin.

Après avoir mis des pinces sur les vaisseaux sous-cutanés qui donnent du sang, on cherche la ligne blanche, au niveau de laquelle on doit franchir le plan musculo-aponévrotique. Cette recherche est quelquefois laborieuse ; au lieu de s'obstiner et de perdre du temps, il ne faut pas hésiter à ouvrir la gaine de l'un des droits, en passant en dedans du bord

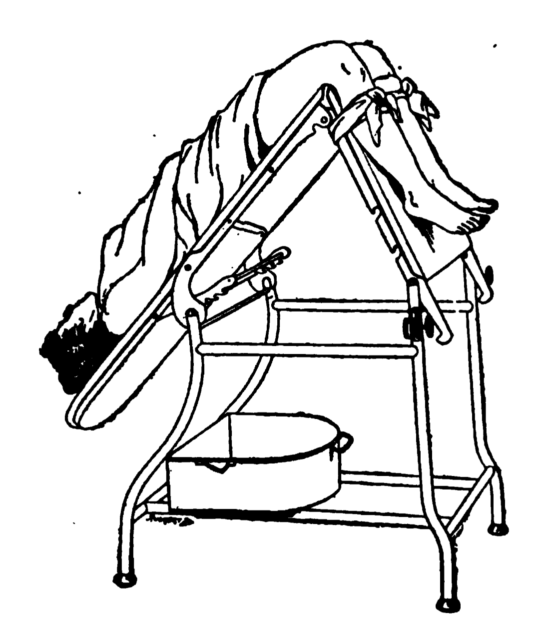


Fig. 64. — Position de Trendelenbourg.

interne, ou même à travers le muscle lui-même. En effet, l'ouverture de cette gaine fibreuse n'est plus considérée comme une faute opératoire, ni même comme un pis-aller. Au *Congrès de Genève, en* 1896, M. La Torre, considérant que les meilleurs tissus à inciser et à suturer, pour avoir une réunion par première intention et une cicatrice solide, sont les tissus musculaires, parce qu'ils sont riches en tissus connectifs et en vaisseaux, a préconisé non l'incision systé-

matique à travers le grand droit, comme l'ont adopté FRITSCH, EDEBOHLS et ABELS, mais la suture des bords cruentés des droits... etc. [1]. » M. POZZI se contente d'ouvrir la gaine des droits et de créer ainsi un avivement musculaire.

Quoi qu'il en soit, qu'on ait pénétré à travers la ligne blanche ou en dehors d'elle, il faut agrandir, avec les ciseaux, l'incision du plan musculo-aponévrotique et pincer avec soin tous les vaisseaux sectionnés. Les bords de l'incision mus-

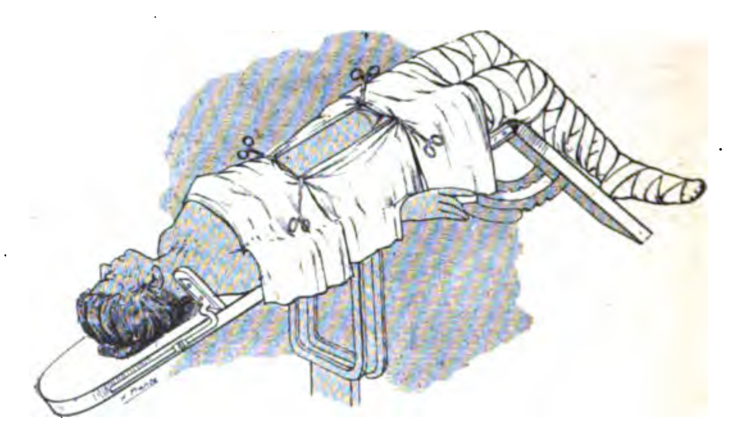


FIG. 65. — Position de TRENDELENBOURG.

culaire sont repérés avec des pinces hémostatiques et légèrement réclinées : en général trois pinces de chaque côté suffisent. On passe ensuite au débridement du fascia transversalis doublé du tissu graisseux sous-péritonéal, et, enfin, à l'ouverture de la séreuse. Ce sont les temps les plus délicats de l'incision pariétale ; c'est ici qu'il faut se garder de toute précipitation.

Avec une pince à disséquer et une sonde cannelée, on

1. FORGUE et RECLUS (*Thérapeutique chirurgicale*, t. II, p. 584. Paris, 1898).

dissocie ces lames conjonctives ; la graisse sous-péritonéale offre souvent des pelotons qu'on évitera de prendre pour des franges épiploïques et qu'il faut exciser ; en les excisant, on ouvre parfois des artérioles et des veinules : il faut les pincer sans brutalité, et en ayant soin de ne pas saisir en même temps une anse, car *on est tout près de l'intestin.* Le fascia doublé de sa graisse étant récliné, le péritoine apparaît sous l'aspect d'une boursouflure. On le saisit avec une pince à disséquer, et, après s'être assuré, avec les doigts, qu'il n'y a pas d'anse interposée, on fait une petite boutonnière au pli ainsi soulevé, boutonnière qui est aussitôt repérée avec deux pinces hémostatiques. Il faut agrandir cette ouverture en introduisant l'index, et, sur cet index comme guide, on glisse des ciseaux, qui coupent la séreuse par en haut et par en bas, jusqu'aux deux angles de la plaie pariétale. Comme les autres plans, les deux bords du feuillet séreux sont, à leur tour, repérés, de chaque côté, par des pinces hémostatiques ; et, en plaçant ces pinces, on s'assurera qu'*aucune anse d'intestin n'a été saisie en même temps que le péritoine.*

Incision transversale de PFANNENSTIEL. — Quelques chirurgiens, à l'instar du professeur PFANNENSTIEL, ouvrent le ventre en incisant la paroi transversalement.

Cette incision transversale, légèrement incurvée en haut, est pratiquée soit immédiatement au-dessus du pubis, en plein dans la région garnie de poils, soit quelques centimètres plus haut, presque au niveau des épines iliaques ; mais c'est la première que recommande PFANNENSTIEL.

Après avoir franchement sectionné la peau et le tissu souscutané, on attaque, toujours transversalement, l'aponévrose épaisse qui recouvre les muscles grands droits, on la coupe, on la détache des muscles sous-jacents et on la charge sur le ou les écarteurs qui relèvent la peau. Cela fait, on sépare les muscles droits l'un de l'autre et on les charge chacun sur un écarteur ; il ne reste plus à inciser que le péritoine.

Mais le *péritoine* doit être ouvert *verticalement ;* en écartant fortement les lèvres de l'incision pariétale transversale, on peut débrider la séreuse sur une longueur de 10 à 12 centi-

mètres. La valve sus-pubienne est mise en place et l'opération se poursuit comme après la laparotomie verticale.

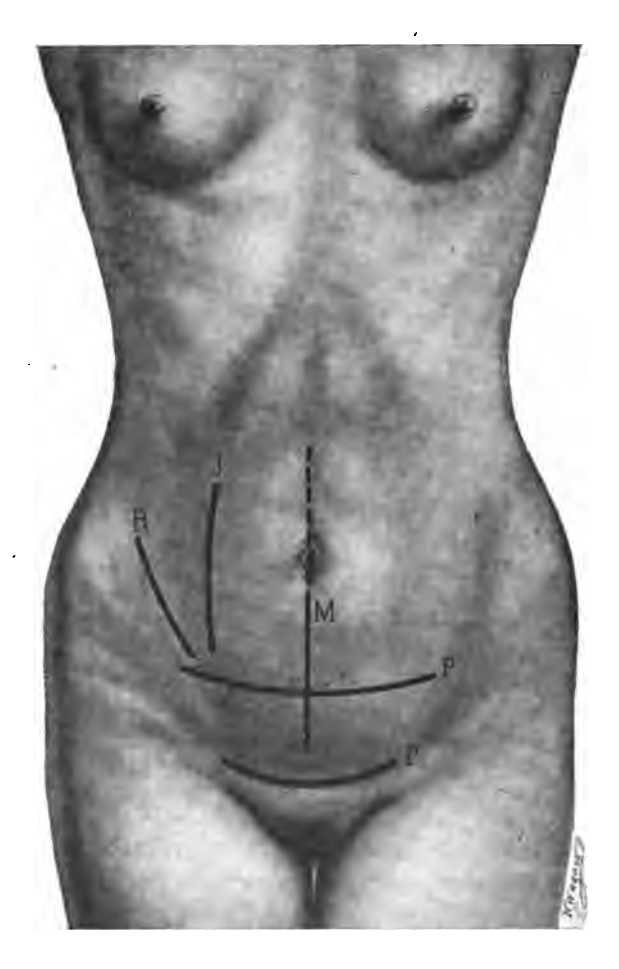


FIG. 66. — R. Incision de ROUX (appendicectomie); J. Incision de JALAGUIER (appendicectomie); M. Laparotomie sus et sous-ombilicale; P P. Incisions de PFANNENSTIEL (haute et basse).

Disons tout de suite que le principal avantage de l'incision de PFANNENSTIEL est de laisser une *cicatrice très facile à dissimuler* grâce aux poils qui garnissent cette région ; de plus, *elle prédispose moins aux éventrations* que l'incision longitudinale. En revanche, elle offre deux inconvénients : les hématomes sont plus fréquents, *la durée de l'acte opératoire sensiblement plus longue ;* et il faut reconnaître que ces inconvénients, *surtout le dernier*, sont loin d'être négligeables.

Voilà donc le ventre largement ouvert ; on y introduit immédiatement une grande compresse de gaze souple, stérilisée et *sèche*, et on l'étale sur le paquet intestinal en refoulant celui-ci doucement sous le diaphragme ; cette compresse doit être disposée de manière à envelopper l'intestin non seulement au milieu, au niveau de la plaie, mais encore *latéralement, dans la région des flancs ;* souvent deux ou trois compresses semblables sont nécessaires pour assurer à l'intestin une protection efficace.

Ces importantes précautions une fois prises, le chirurgien introduit une main dans le ventre pour se rendre compte de l'état des lésions, des rapports des organes entre eux, du volume des tumeurs, etc. C'est alors qu'il verra s'il y a lieu d'agrandir l'ouverture de la paroi, car le volume de certains néoplasmes est tel qu'on est, parfois, obligé de prolonger l'incision pariétale, en haut, au delà de l'ombilic, jusqu'aux attaches du diaphragme, en bas, jusqu'à la symphyse du pubis ; mais, avant de débrider par le bas, il faut penser à la vessie, et, au moyen d'une sonde introduite par l'urèthre, s'assurer que son sommet ne risque pas d'être entamé par les ciseaux. Si ce sommet remonte très haut, on essaye d'abord de le décoller et de le refouler en bas, derrière le pubis ; si cette manœuvre est impossible, on donne à l'incision une direction oblique pour éviter le réservoir urinaire.

Il ne reste plus qu'à accrocher la *valve sus-pubienne* (*fig.* 63) de DOYEN dans l'angle inférieur de la plaie, contre la face postérieure du pubis, où elle prend son point d'appui. L'usage de cette valve s'impose dans toute laparotomie, et bien peu nombreux sont les cas où il est possible de s'en passer ; c'est un excellent instrument, et qui donne beaucoup de jour : il

doit rester en place jusqu'à la fin de l'opération. On peut se servir de la valve ordinaire, qui est confiée à un aide, ou adopter la *grande valve automatique* qui tient toute seule, en prenant son second point d'appui sous les cuisses de la malade. Au cours de certaines laparotomies très laborieuses, on est parfois forcé de recourir à des écarteurs supplémentaires en forme de *valves* simples, qui exigent un aide de plus. Mais on peut remplacer tous ces instruments par le grand écarteur à trois branches de Collin, qui donne aussi beaucoup de jour et tient tout seul en place.

Nous ne nous occupons ici que de la laparotomie comme premier temps de toute opération intra-péritonéale ; on trouvera dans des chapitres spéciaux tout ce qui concerne la description de l'hystérectomie, de la salpingectomie, de l'hystéropexie, etc.

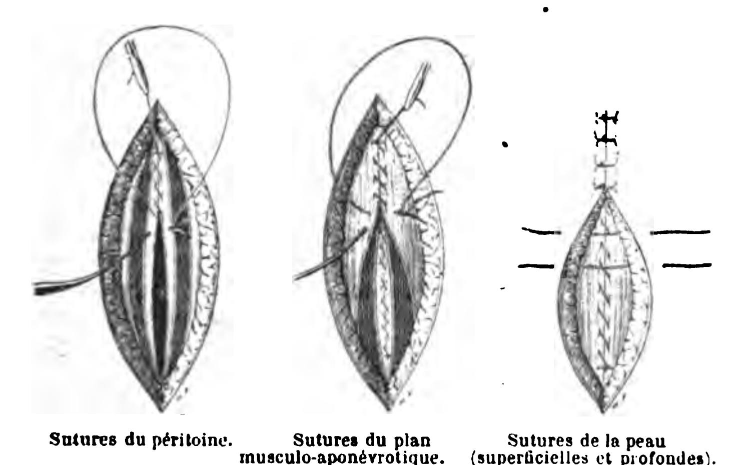
Il nous reste à parler de l'achèvement de toute laparotomie, c'est-à-dire de la *toilette du péritoine* et de la *fermeture du ventre*. Quant au *drainage*, il fait l'objet d'un chapitre spécial (p. 163).

La toilette du péritoine consiste à débarrasser le petit bassin du sang liquide, des caillots, des débris d'organes qui peuvent s'y trouver ; on y parvient en essuyant doucement, *très doucement*, la surface de la séreuse au moyen d'une compresse tenue à la main ou montée sur une pince à pansement. *Dans aucun cas on ne fera de lavage, ni d'irrigation intra-péritonéale, même s'il y a eu effusion de pus*, car, quoi qu'en disent encore de rares partisans, les lavages n'ont jamais servi qu'à disséminer les germes dans tous les diverticules et recoins du grand et du petit bassin ; l'avis des chirurgiens est, aujourd'hui, à peu près unanime sur ce point [1].

L'opération proprement dite terminée, il s'agit de refermer le ventre. On commence par replacer la malade sur le plan horizontal ; on retire ensuite avec précaution les compresses qui isolaient l'intestin ; celui-ci reprend aussitôt sa place

1. On doit faire une exception en faveur des lavages à l'*éther sulfurique* si chaudement préconisées par Morestin : nous en avons déjà parlé à propos de l'infection du péritoine (p. 109), inutile d'y revenir.

dans le petit bassin ; mais, pour l'empêcher de ressortir par la plaie pariétale et d'être souillé de sang pendant qu'on fait les sutures, il est sage de glisser entre les bords de l'ouverture une *petite* compresse stérilisée non maculée de sang. Ces précautions prises — et l'on aurait bien tort de les considérer comme superflues — on procède à la fermeture du péritoine : une suture en surjet à points rapprochés et avec un catgut assez fin (n° 1). Cette suture est arrêtée par un double nœud fortement serré, et l'on passe à la réunion du plan musculo-aponévrotique ; ici il faut se servir d'un catgut beaucoup plus gros (n° 2 ou n° 3). Les avis sont partagés



Sutures du péritoine. Sutures du plan musculo-aponévrotique. Sutures de la peau (superficielles et profondes).

Fig. 67. — Sutures de la plaie pariétale.

sur le choix de la suture : les uns recommandent les points séparés, les autres soutiennent que le surjet est seul capable de donner une occlusion parfaite et une réunion solide. En réalité, le mode de suture importe peu, pourvu que celle-ci soit bien faite. Avec le professeur Pozzi, nous recommandons d'ouvrir la gaine des droits — si ce n'est déjà fait — et de réaliser un affrontement musculaire ; l'aiguille doit être enfoncée à 2 centimètres en dehors du bord de la plaie, et chaque point doit intéresser l'aponévrose et le muscle ; il

faut, autant que possible, faire des points égaux et assez rapprochés les uns des autres, mais sans serrer trop fort. La suture terminée, on l'arrête par un triple nœud ; dans le cas où la ligne des sutures « bâillerait » ou présenterait des parties mal affrontées, on ajouterait des points séparés supplémentaires. Chez les femmes affligées de parois abdominales flasques, de muscles infiltrés de graisse, il est prudent de recourir aux *sutures de soutien*. Celles-ci sont de plusieurs sortes ; à notre avis, la manière la plus simple de consolider une suture est la suivante : avant de réunir les bords du plan musculo-aponévrotique, on fait 3, 4 ou 5 points séparés avec du très gros catgut (nº 3 ou 4), en enfonçant l'aiguille à 3 ou 4 centimètres en dehors des bords de la plaie (c'est ce qu'on appelle des *points profonds*), et ces fils sont serrés après l'achèvement de la suture superficielle.

Pour la réunion de la peau, les opinions diffèrent aussi. Quelques chirurgiens ferment la plaie cutanée par un surjet avec un gros crin de Florence ; d'autres font ce surjet avec de la soie ou même avec du gros catgut. En général, on emploie les points séparés aux crins de Florence. Enfin, il y a des opérateurs qui préfèrent se servir de fils d'argent ou de fils de bronze-aluminium. Les fils métalliques sont recommandables toutes les fois qu'on est obligé de recourir aux points profonds pour consolider la suture principale. Ces fils sont placés de la même manière que les fils de soutien du plan musculo-aponévrotique (*fig.* 67).

En terminant, rappelons que la réunion de la peau peut très bien s'effectuer au moyen des *agrafes* de MICHEL (*suture par agrafage*).

« Ce procédé consiste, après avoir affronté les deux lèvres de la plaie avec une pince à griffe, à remplacer les mors de celle-ci par une agrafe, sorte de petite serre-fine sans ressort, qui, une fois recourbée, oppose la résistance du métal aux efforts de l'écartement de la plaie. Les agrafes sont de petites bandes en nickel pur de 1 centimètre de long, de 2 millimètres et demi de largeur, enroulées sur elles-mêmes à leurs deux extrémités qui portent, à leur partie interne, une petite pointe de 1 millimètre, suffisante pour empêcher le glissement de l'agrafe, bien qu'entrant à peine dans le

derme. Pour l'application des agrafes, MICHEL a fait construire une pince automatique, dite *pince-revolver*, contenant cinquante agrafes ; dès qu'une agrafe est posée, une nouvelle vient se placer dans les mors de la pince, prête à être posée à son tour. » (POZZI.)

PANSEMENT DES PLAIES OPÉRATOIRES

Plaie de laparotomie. — L'opération terminée et les sutures faites, on applique sur la plaie un carré de gaze composé de plusieurs doubles et dépassant de plusieurs centimètres les limites de la ligne des sutures ; on ne doit se servir que de gaze aseptique, c'est-à-dire simplement stérilisée par la chaleur. On couvre ce carré de gaze d'une épaisse couche d'ouate hydrophile rigoureusement stérilisée ; cette ouate doit couvrir tout l'abdomen ; elle est, à son tour, recouverte d'un large rouleau de coton ordinaire qui fait le tour de la taille. Toutes ces pièces sont maintenues par un large bandage de corps en toile douce, en flanelle ou mieux encore en *crépon* VELPEAU, que l'on fixe solidement par plusieurs épingles de nourrice. Il ne faut jamais manquer d'ajouter des sous-cuisses en *caoutchouc*[1], qui achèvent d'immobiliser le pansement. On pourrait se servir de sous-cuisses en flanelle ou en toile douce, mais le caoutchouc irrite moins la peau des plis génito-cruraux et se conserve plus longtemps propre.

S'agit-il d'une plaie drainée? L'extrémité supérieure du tube (caoutchouc, verre ou aluminium) doit être entourée et recouverte d'une compresse de gaze stérilisée distincte de celle qui est destinée à la ligne des sutures. Si c'est du pus qui vient par le tube à drainage, on pourra se servir de gaze salolée ou iodoformée, pour combattre la fétidité de ces sécrétions.

1. On peut utiliser un tube de caoutchouc ordinaire dont le diamètre ne doit pas atteindre un centimètre ; on le fixera au moyen d'épingles anglaises.

Comme nous venons de le voir, les plaies des laparotomies doivent toujours être pansées *à sec ;* le pansement humide n'est indiqué que si les points de la suture cutanée menacent de suppurer, ce qui arrive quelquefois. Le pansement humide consistera en compresses de gaze aseptique imbibées d'*eau alcoolisée* (1/4 d'alcool à 90° pour 3/4 d'eau). Le pansement des plaies non drainées et exemptes de suppuration doit etre renouvelé tous les quatre ou cinq jours ; celui des plaies drainées au moins tous les deux jours ; si le suintement est très abondant, on changera la gaze tous les jours.

Les plaies qui suppurent doivent être pansées *tous les jours*, sans exception aucune.

Plaie de colpo-périnéorrhaphie. — Sonde à demeure dans la vessie ou cathétérisme toutes les trois ou quatre heures. La ligne des sutures sera protégée par une couche de vaseline cocaïnée (cocaïne, 1 gramme ; vaseline stérilisée, 30 grammes). Le tout sera recouvert d'un paquet de compresses stérilisées et d'une épaisse couche de ouate hydrophile stérilisée, le pansement entier étant maintenu par un large bandage en T. Les compresses de gaze seront changées à l'occasion de chaque cathétérisme, et la vaseline renouvelée, s'il y a lieu. Il faut à tout prix empêcher l'urine de couler sur les sutures, car la désunion est alors à peu près fatale.

Pansements vaginaux. — Ils varient beaucoup suivant les opérations ; nous les décrirons à propos de chacune d'elles. Disons seulement que l'usage des gazes antiseptiques est souvent indiqué, dans le but de combattre la fétidité des sécrétions de certaines opérées.

Les pansements du vagin doivent être renouvelés tous les jours, tant que les mèches que l'on retire sont fortement imbibées.

COLPOTOMIE

La colpotomie a pour but l'ouverture des foyers purulents pelviens par l'incision des culs-de-sac vaginaux. Elle peut être *antérieure*, *latérale* ou *postérieure* suivant le siège de la collection qu'il s'agit de débrider. Dans la très grande majorité des cas, c'est dans la cavité de DOUGLAS que viennent faire saillie les abcès du pelvis ; c'est donc surtout le cul-de-sac postérieur du vagin qu'on est appelé à inciser.

Colpotomie antérieure. — Il est bien rare qu'on soit amené à aborder par cette voie une collection pelvienne, purulente ou autre ; pourtant les *phlegmons pelviens antérieurs* — *vésico-utérins* — existent incontestablement.

En définitive, cette opération consiste dans l'ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur ou *vésico-utérin*. Quelle que soit l'abondance de l'épanchement, quelle que soit la saillie formée dans la cavité vaginale, gardez-vous bien de débrider brutalement, d'un coup de bistouri ; cette manière de procéder est, à la rigueur, admissible pour les collections postérieures ; mais, ici, pareille imprudence pourrait coûter cher ; il faut, au contraire, manœuvrer avec la plus extrême circonspection.

La vessie ayant été vidée, on confie à deux aides le soin de maintenir bien écartées les parois vaginales, au moyen de valves ; avec une pince à griffes tenue de la main gauche, on attire, doucement, le col en bas et en avant ; le champ opératoire étant ainsi bien exposé, on administre une injection vaginale (sublimé, oxycyanure, permanganate, etc.) ; après quoi, on badigeonne avec de la teinture d'iode la surface où va porter l'incision. Pour éviter de blesser la vessie, incisez le vagin, transversalement, sur le col, à 2 ou 3 centimètres de l'orifice externe, et sur une longueur de 4 à 5 centimètres ; ensuite, armez-vous des ciseaux pour dégager, à petits coups, les deux lèvres de la plaie que vous venez de faire ; enfin, avec la sonde cannelée, dissociez les tissus devant vous, mais en serrant de près la surface du col ; bien-

tôt, un jet de pus prouvera que la collection est débridée ; agrandissez la brèche ainsi créée, et, avec l'index, explorez le foyer, ses connexions, etc. Quelques chirurgiens conseillent de désinfecter la poche par des lavages antiseptiques; *au début, il est préférable de s'abstenir de toute irrigation*, car on risquerait de léser des adhérences protectrices, au bout de quelques jours, on pourra faire des irrigations discrètes, prudentes, s'il y a de la fétidité; en revanche, ne manquez pas de drainer avec un gros tube de caoutchouc qui est fixé aux bords de la plaie. Tamponnement du vagin avec des lanières de gaze stérilisée, etc. Les soins consécutifs méritent la plus grande attention; ils ne diffèrent pas de ceux que nous indiquons pour la colpotomie postérieure.

La colpotomie antérieure sert aussi de temps préliminaire dans plusieurs interventions, comme, par exemple : 1° quand il s'agit d'énucléer de petits fibromes du col ou de la paroi antérieure de l'utérus ; 2° pour traiter les annexes malades (*salpingo-ovariectomie par la voie basse*); 3° pour redresser l'utérus rétrodévié (*vaginofixation, raccourcissement des ligaments ronds*, etc.).

Les détails de ces opérations sont décrits dans les chapitres spécialement consacrés à ces différentes questions.

Colpotomie postérieure. — M. Laroyenne se sert d'une sorte de trocart légèrement recourbé, qu'il enfonce dans la poche en le guidant sur l'index gauche préalablement introduit dans le vagin.

La plupart des chirurgiens ont adopté une technique un peu moins simple, mais beaucoup plus prudente.

La malade étant préparée et installée comme pour une hystérectomie vaginale, on écarte la paroi postérieure du vagin au moyen d'une valve large et courte, qui est confiée à un aide, tandis que la lèvre postérieure du col est saisie avec une pince de Museux, qui permet d'attirer l'utérus vers la vulve, mais en portant le col vers la symphyse ; cette manœuvre a pour résultat de découvrir largement le cul-de-sac postérieur sur lequel on fera l'incision.

La surface vaginale une fois bien exposée, on reconnaît avec le doigt le point où portera l'incision, un peu au-dessous

de l'insertion du vagin sur le col. Alors, avec la pointe du bistouri, on sectionne la paroi vaginale transversalement et sur une étendue de 2 ou 3 centimètres, pour commencer ; cela fait, on introduit l'index dans la plaie, pour frayer un chemin au pus. Si la poche de l'abcès adhère à la paroi vaginale, le pus jaillit aussitôt, ou bien on obtient ce résultat facilement en fouillant avec le doigt dans la petite plaie. En cas d'insuccès, il faut agrandir l'incision soit transversalement, soit dans le sens vertical, et aller de nouveau à la recherche du pus. Cette recherche est quelquefois très laborieuse ; on est obligé d'introduire dans la brèche un ou deux écarteurs *longs* et *étroits* pour se donner du jour ; enfin, la poche apparaît sous la forme d'une saillie grisâtre dans laquelle on plonge la pointe du bistouri. Il ne faut pas se dissimuler que toutes ces manœuvres peuvent offrir de très sérieuses difficultés, à cause du siège élevé de la collection, à cause aussi du sang qui vient inonder le champ opératoire et qu'il faut éponger continuellement au moyen de compresses de gaze montées sur des pinces-longuettes. Il est vrai que l'hémorragie n'est jamais sérieuse ; elle cède toujours au tamponnement, sauf dans les cas où la plaie a été trop largement agrandie dans le sens transversal et a intéressé un vaisseau un peu important ; aussi est-il préférable de recourir à une deuxième incision verticale, perpendiculaire à la première, si l'on veut se donner plus de jour.

Ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est la rupture des adhérences protectrices et l'effraction de la cavité péritonéale: la mort par péritonite purulente généralisée est alors à peu près fatale. C'est pour prévenir cette terrible complication que tous les chirurgiens ont recommandé la plus grande douceur dans les manœuvres que l'on fait pour découvrir le pus.

En général, les choses se passent assez simplement, car on a affaire à des collections douglasiennes contiguës à la paroi vaginale ; c'est ce qui s'observe chez les femmes atteintes de pelvi-péritonite, d'hématocèle rétro-utérine suppurée ou de phlegmons de la gaine hypogastrique. Il n'en est pas de même de certaines collections tubaires haut placées. Ici, l'ouverture du Douglas donne, parfois, issue à du séro-pus en quantité assez considérable, et qui simule un véritable

abcès, tandis que la collection que l'on veut ouvrir se trouve plus haut. Il est bon d'être prévenu de cette éventualité pour s'éviter les désagréments d'une nouvelle intervention (*fig.* 199).

La collection une fois évacuée, il vaut mieux, *au début*, s'abstenir de toute irrigation du foyer ; on se bornera à essuyer délicatement les parois de la cavité avec une compresse de gaze imbibée d'eau oxygénée. Quant au drainage, nous croyons qu'il est préférable de l'assurer au moyen de mèches de gaze iodoformée, que l'on renouvellera tous les jours ou tous les deux jours. D'autres opérateurs aiment mieux recourir aux gros tubes de caoutchouc que l'on fixe par un point de catgut à l'une des lèvres de la plaie. Quelques chirurgiens ont recommandé l'usage des drains en croix.

Les pansements ultérieurs ont une très grande importance. L'incision vaginale ayant tendance à se fermer rapidement, il est essentiel de maintenir les drains en place, afin que l'oblitération de la poche s'effectue de la profondeur vers la superficie. C'est parce que la surveillance en est plus facile que nous préférons l'usage des mèches à celui des drains. Les premiers jours, il est prudent de faire des pansements quotidiens pour prévenir la rétention des sécrétions purulentes, et ce pansement consistera en attouchement avec de l'eau oxygénée suivie de l'introduction d'une mèche iodoformée que l'on aura soin de pousser, sans brutalité, jusqu'au fond de la poche. Au bout d'une dizaine de jours, la gaze ne sera changée que trois fois par semaine. Dès que les parois de la cavité commenceront à se tapisser de bourgeons de bonne nature, on fera bien de recourir aux cautérisations avec la teinture d'iode ou le chlorure de zinc.

Bien traitée, la cavité s'oblitère plus vite qu'on ne croit généralement : nous avons vu la cicatrisation complète survenir en moins de trois semaines.

La colpotomie postérieure n'a pas seulement pour but d'évacuer les collections purulentes ; elle peut encore servir de *temps préliminaire* dans bien d'autres interventions dont voici les principales : 1° pour aborder les annexes dans la salpingectomie ou l'ovariectomie par la voie basse ; 2° pour

attaquer de petits corps fibreux (myomectomie transvaginale) ; 3° pour traiter l'hématocèle rétro-utérine, etc.

Colpotomie latérale. — On peut inciser simplement au point le plus saillant de la collection, ou bien procéder par décollement du vagin. Dans l'un et l'autre cas, on ne saurait trop recommander d'éviter toute précipitation ; rien de plus imprudent que de plonger franchement le bistouri dans une poche présumée pleine de pus.

Si le foyer est en contact immédiat avec la paroi vaginale, on commence par faire une petite incision verticale, et le pus jaillit immédiatement ; sinon on ira à sa recherche avec une sonde cannelée ou, mieux encore, avec l'index ; l'abcès vidé, on explorera la cavité avec le doigt, au besoin on agrandira l'incision pour obtenir un écoulement plus prompt. On achèvera la petite opération en désinfectant le foyer avec un tampon de gaze imbibée d'eau oxygénée. Le drainage s'impose dans tous les cas ; on le réalisera soit au moyen d'une mèche iodoformée méthodiquement tassée, soit avec un gros tube de caoutchouc fixé aux bords de la plaie par point de catgut.

L'hémorragie n'est jamais sérieuse si l'on n'a pas lésé une branche de l'artère utérine ou le tronc même de l'artère. Avec les précautions que nous avons indiquées, pareil accident n'est jamais à craindre. Si la tanche vaginale donnait du sang par une artériole, il suffira de laisser une pince à demeure pendant vingt-quatre heures ou de poser une ligature.

Lorsque la collection purulente n'est pas absolument superficielle, il est préférable d'aller à sa recherche en décollant le vagin. On fait une petite incision verticale au niveau de l'insertion vaginale du col ; puis, avec l'index, et en rasant la surface de l'utérus, on refoule les tissus en les dissociant jusqu'au foyer ; au cours de cette manœuvre, il est souvent utile, indispensable même, d'agrandir l'incision vaginale ; on le fera avec prudence et en pinçant les artérioles sectionnées ; dans aucun cas on ne se servira d'instruments tranchants pour aborder la collection, à cause du voisinage de l'uretère et de l'artère utérine ; le chirurgien ne devra se servir que de ses doigts jusqu'au moment où il fau-

dra ouvrir la collection ; bien souvent, le pus apparaît au cours du décollement digital ; dans le cas contraire, on emploiera la sonde cannelée ou les mors d'une pince hémostatique. En agissant sans précipitation, on est sûr d'éviter tout accident fâcheux.

Le pus évacué, la poche sera désinfectée et drainée comme il a été dit plus haut.

L'hémorragie secondaire n'est pas à craindre, si l'on a eu soin de pincer les artérioles qui ont donné du sang pendant l'opération, surtout les artérioles de la tranche vaginale.

On terminera l'opération en essuyant les parois du vagin avec un tampon imbibé d'alcool et en bourrant sa cavité avec des lanières de gaze iodoformée ou simplement stérilisée.

Le pansement doit être changé à peu près tous les jours pendant la première semaine.

La cicatrisation est complète au bout de trois semaines.

CURETTAGE

Le curettage a pour but la destruction superficielle de la muqueuse utérine plus ou moins sérieusement altérée par un processus infectieux. Il sert aussi à l'ablation des débris placentaires, des polypes muqueux et des végétations polypoïdes de certaines scléroses utérines chroniques ; on l'a employé à tort pour combattre les métrorragies des corps fibreux sous-muqueux ; enfin comme intervention palliative, il rend de réels services dans les cas d'épithélioma cervical inopérable.

Pour être efficace et effectif, le curettage doit être pratiqué sous le sommeil chloroformique ; on ne saurait trop blâmer la détestable habitude de certains praticiens qui font subir à leurs malades la douloureuse formalité du curettage sans anesthésie, car c'est se faire étrangement illusion que de compter sur l'efficacité d'une pareille intervention.

Tout curettage bien fait doit être précédé de la *dilatation lente* de l'utérus ; l'usage du divulseur et des bougies d'HEGAR n'est admissible que pour les utérus à cavité béante, à parois relâchées et extensibles, comme cela s'observe après

l'avortement ou l'accouchement. En dehors de la puerpéralité, la dilatation brusque doit être proscrite, mais l'usage de

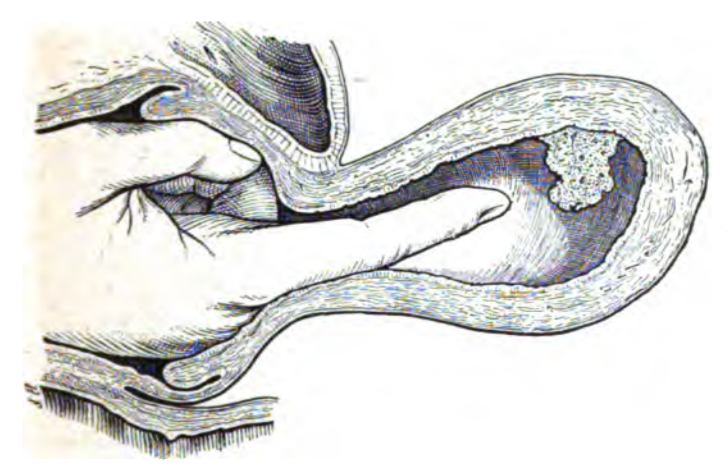


Fig. 68. — Lambeau de placenta inaccessible au toucher et pouvant échapper à l'attention.

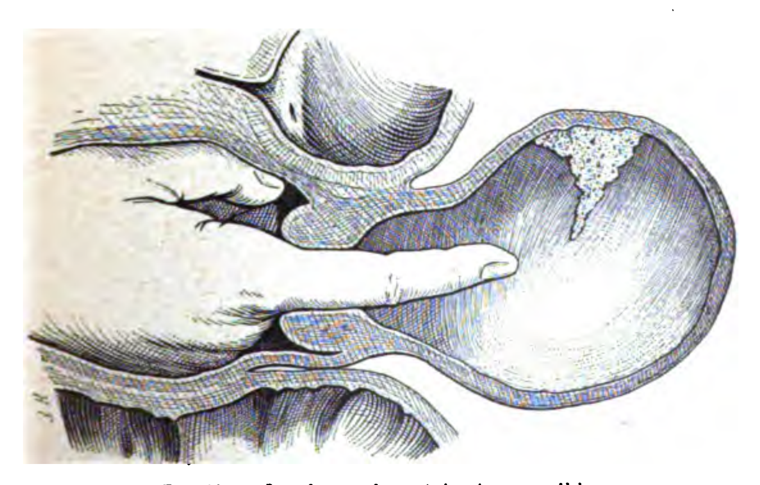


Fig. 69. — Lambeau placentaire inaccessible.

ces deux instruments est, au contraire, recommandable, au moment même de l'opération, pour achever la dilatation commencée par les laminaires, toutes les fois que celles-ci n'ont pas donné un résultat pleinement satisfaisant ; dans ces cas, il n'y a aucun inconvénient à employer les bougies ou le divulseur, car le séjour des laminaires a eu pour effet d'assouplir les parois de la matrice.


FIG. 70. — Pince tire-balle ou pince-érigne.

La technique de la dilatation utérine a été décrite ailleurs (Voyez p. 54) ; nous pouvons donc passer immédiatement à l'étude des différents temps du curettage.

La malade est endormie et placée dans la position dorsosacrée gynécologique ou, mieux encore, dans la position de la taille ; elle a encore dans l'utérus la dernière laminaire placée la veille. On procède aussitôt à la désinfection du vagin et de la vulve (Voyez p. 26).

Un seul aide suffit ; on lui confie les deux valves (antérieure et postérieure), qui écartent les parois vaginales et découvrent le col.

Le chirurgien saisit la lèvre postérieure du museau de tanche avec une pince tire-balle (*fig.* 70) à 2 dents, qui fixe l'utérus et l'abaisse un peu. Avant de prendre la curette, il est indispensable d'introduire, dans la cavité utérine, l'hystéromètre, afin de vérifier la direction de l'organe, de voir s'il y aflexion en avant ou en arrière ; cette vérification est très utile pour éviter les perforations au niveau des coudures, s'il y en a.

On passe, enfin, au curettage proprement dit. Les curettes dont on se sert sont de plusieurs modèles (Voyez *fig.* 71) ;

nous donnons la préférence à la curette fenêtrée de SIMS ; mais il est certain que tous ces instruments se vâlent à peu près ; nous en exceptons les curettes *mousses*, qui doivent être abandonnées à cause de leur insuffisance notoire.

La technique proprement dite est fort simple, mais elle

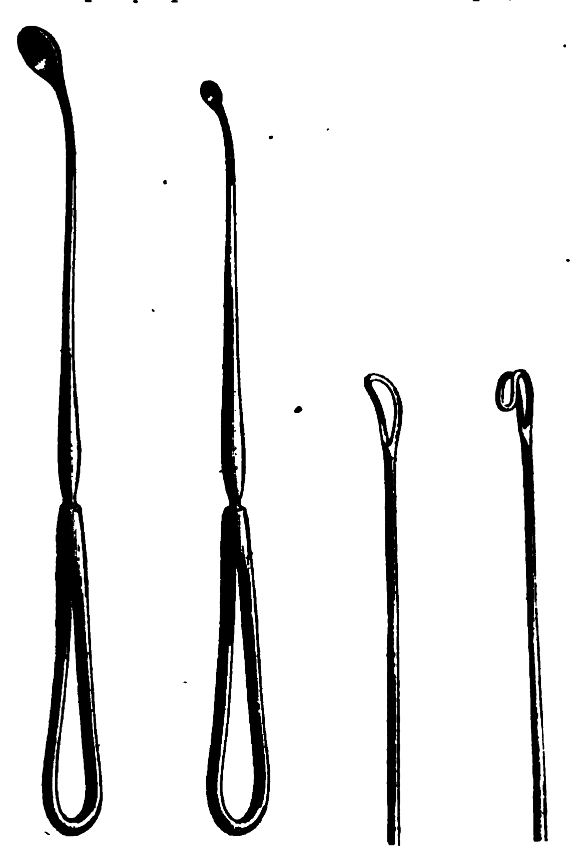


FIG. 71. — Curettes : 1 et 2, curettes de SIMON ; 3, curette de SIMS ; 4, curette mousse.

diffère suivant qu'on râcle l'utérus en dehors de la puerpéralité ou qu'on se trouve en présence d'une femme en état puerpéral. *Cette distinction a une importance capitale.*

Choisissons pour premier exemple une femme atteinte de ce qu'on est convenu d'appeler métrite hémorragique.

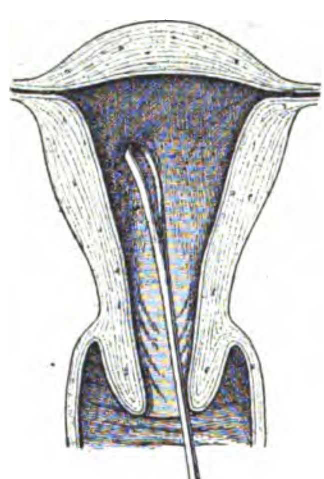
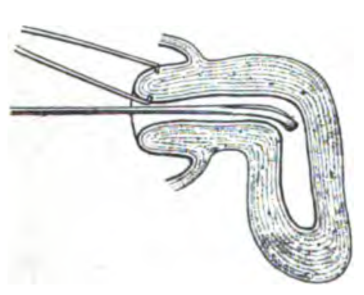


Fig. 72. — Curette râclant la paroi utérine.

On commence par introduire l'instrument jusqu'au fond de la matrice en le poussant avec douceur ; à 2 ou 3 centimètres de l'orifice externe, on éprouve un *ressaut* en un point qui correspond à l'isthme, ressaut qui se renouvelle plus ou moins suivant le degré de dilatation subie par la cavité utérine ; ce ressaut manque toujours dans les cas puerpéraux *récents*. On promène la curette (*fig.* 72) en avant, en arrière, latéralement, sans oublier les angles ; il faut gratter avec une certaine force, faire *crier* le muscle utérin, mais sans précipitation et surtout sans brusquerie. S'il existe un léger degré d'inflexion (*fig.* 73) en avant ou en



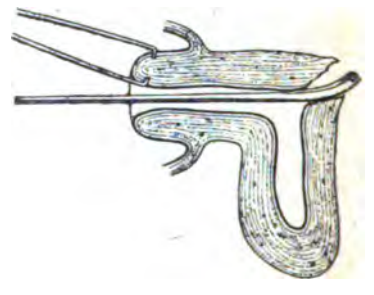


Fig. 73. — Curettage brutal ayant déterminé une perforation au niveau d'une coudure utérine.

arrière, on redoublera de prudence, car une perforation, au

niveau de ces coudures est très facilement produite, même dans les utérus non puerpéraux.

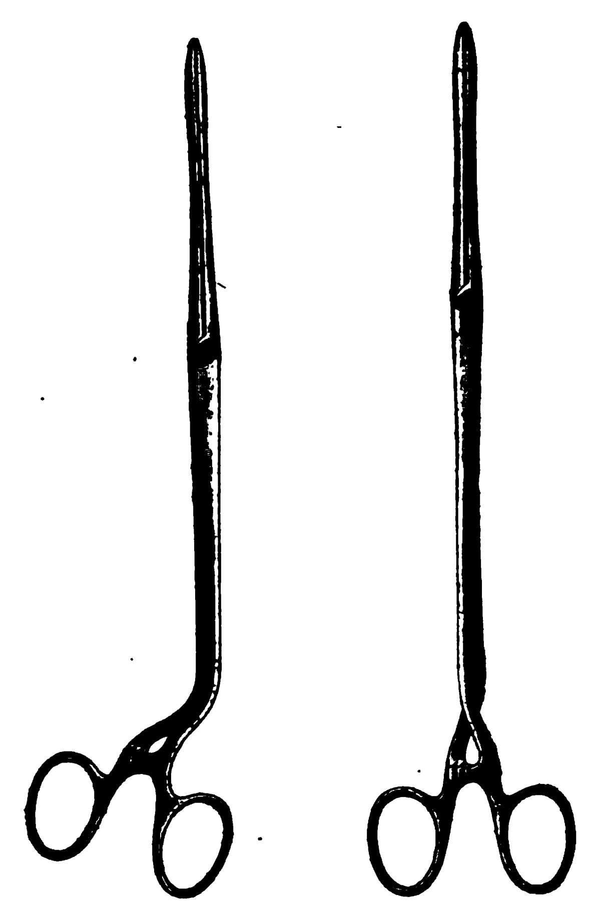


Fig. 74. — Pinces à pansement utérin.

Le râclage des parois utérines entraîne l'expulsion de masses fongueuses, de débris muqueux et un écoulement de sang assez abondant, *jamais* inquiétant.

Le grattage terminé, on débarrasse la cavité utérine des caillots et des débris de muqueuse au moyen d'une compresse montée en tampon sur une pince. Quelques chirurgiens achèvent l'opération en cautérisant les surfaces cruentées avec un tampon imbibé de teinture d'iode ou de glycérine créosotée ; d'autres laissent à demeure dans la cavité utérine un crayon iodoformé ou ichthyolé. Nous pensons qu'il est préférable de faire un bon lavage intra-utérin avec de l'eau oxygénée étendue de 3/4 d'eau stérilisée; on peut se servir pour cela de la sonde à double courant de DOLÉRIS adaptée au caoutchouc du bock-laveur, ou, tout simplement, d'une seringue dont on poussera le piston avec beaucoup de douceur ; on termine la séance en tamponnant la cavité utérine avec une mèche de gaze, que l'on introduit au moyen d'une pince utérine (*fig.* 74). Dans le vagin, quelques tampons de gaze stérilisée.

Le premier pansement sera fait au bout de quarante-huit heures ; après avoir enlevé les mèches utérine et vaginale, on administre une injection vaginale faiblement antiseptique (sublimé à 1 pour 3.000; eau oxygénée étendue de 3/4 d'eau bouillie), et une mèche de gaze aseptique est de nouveau placée dans le vagin, devant le museau de tanche. Ce pansement doit être renouvelé tous les deux ou trois jours pendant environ deux semaines.

La malade pourra quitter son lit vers le dixième jour, rarement plus tôt. *Exeat* du quinzième au dix-huitième jour.

Passons maintenant à l'utérus puerpéral. Ici, vous devez manier la curette avec la plus grande circonspection, et surtout gardez-vous bien de *faire crier* la paroi utérine ; il faut, au contraire, procéder avec beaucoup de douceur, gratter lentement, superficiellement, patiemment, principalement dans le voisinage des cornes et vers le fond de l'organe ; certaines femmes ont l'utérus tellement mou et flasque qu'on l'a comparé à un sac vide affaissé sur lui-même ; dans ces cas, il vaut peut-être mieux laisser la curette et tâcher de vider la matrice en vous servant alternativement de vos doigts et d'une longue pince à pansement ; enfin vous pouvez vous trouver en présence des difficultés suivantes : le pla-

centa ou plutôt un lambeau de celui-ci résiste à l'action de la curette que vous maniez faiblement à cause de la mollesse des parois utérines ; d'une autre part, il fuit devant la pince avec laquelle vous vous efforcez de le saisir ; il vous reste la ressource d'aller le cueillir avec vos doigts; mais il arrive souvent que l'isthme trop étroit ne permet pas à votre main d'atteindre le lambeau rebelle ; évidemment, avec un ou deux bons coups de curette, vous en viendriez à bout, mais l'extrême mollesse de l'organe vous impose les plus grands ménagements... Dans ces conditions, le meilleur moyen d'éviter un désastre, c'est de renoncer momentanément à ce dernier lambeau ; administrez une grande injection intra-utérine avec de l'eau bouillie chaude additionnée d'eau oxygénée au 1/4, de permanganate ou d'oxycyanure à 1 pour 2000; terminez la séance en bourrant la cavité utérine avec des lanières de gaze stérilisée ou ectoganée, mais manœuvrez avec douceur, surtout au moment de franchir l'isthme, car votre pince pourrait déraper et aller produire une perforation.

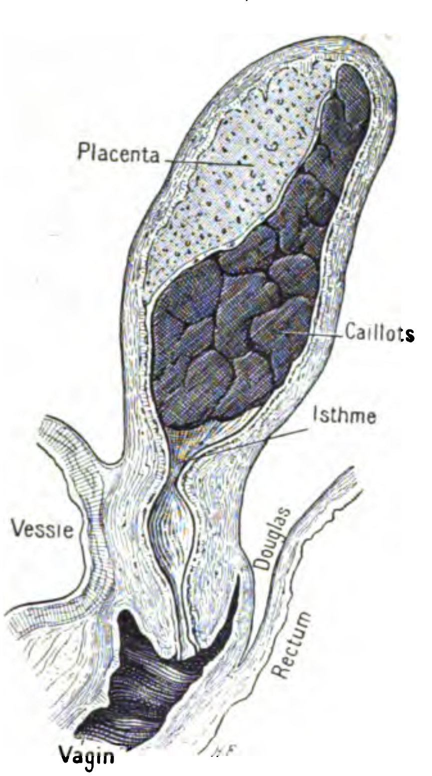


Fig. 75. — Utérus puerpéral (coupe).

Recommencez le lendemain, mais sans anesthésier la malade ; confiez les valves à un aide expérimenté, attirez

le col avec la pince érigne, débourrez avec précaution la cavité utérine ; il n'est pas rare d'amener le lambeau placentaire récalcitrant en même temps que les lanières ; dans le cas contraire, explorez de nouveau avec le ou les doigts la cavité de la matrice, tentez de saisir et d'extraire ledit fragment ; s'il résiste encore, n'insistez pas ; donnez une injection intra-utérine et tamponnez comme la veille.

Le jour suivant, répétez les mêmes manœuvres ; très souvent, le lambeau se fragmente et s'élimine par petits morceaux au cours des manœuvres suivantes ; la délivrance complète peut traîner ainsi pendant 6, 8, 10 jours ; elle finit toujours par se produire, et, si vous avez été rigoureusement propre, si vous avez procédé avec prudence, vous n'aurez aucune suite fâcheuse à déplorer.

Quoi qu'il en soit, toutes les fois que vous aurez à traiter une malade dont la délivrance s'est effectuée dans les conditions que nous venons de rapporter, vous agirez sagement en soumettant son utérus à une surveillance d'au moins une semaine ; il importe beaucoup de vous assurer que le séjour prolongé du délivre n'a pas déterminé une infection latente, sournoise de la muqueuse utérine, infection qui, si on n'enraye pas son évolution ultérieure, pourra être le point de départ d'une endométrite plus ou moins insidieuse, dont les conséquences péritonéo-annexielles sont pour ainsi dire immanquables.

La *perforation de l'utérus* pendant le curettage n'est pas un accident rare, surtout dans les cas puerpéraux : la mollesse de l'organe est alors telle que la paroi est traversée, quelles que soient la prudence et l'adresse de l'opérateur, parfois même, complètement à son insu ; et les curettes mousses ne sont pas moins dangereuses que les autres. On est averti de la perforation par la profondeur anormale à laquelle s'enfonce brusquement l'instrument. On a cru, pendant assez longtemps, que la laparotomie, exécutée séance tenante, pour fermer la plaie et drainer le péritoine, était la seule chance de salut pour l'opérée. Mais l'expérience a prouvé qu'il est infiniment plus sage de s'abstenir de toute intervention précipitée, à moins d'y être contraint par des symptômes d'hémorragie interne, éventualité extrêmement peu fréquente.

On se bornera donc à tamponner le vagin avec des lanières de gaze stérilisée, qu'on évitera de tasser, et la malade sera replacée dans son lit et soumise au repos le plus absolu pendant quarante-huit heures. *Mais ce dont il faut surtout se garder, c'est d'administrer une injection, même vaginale.*

Chose curieuse et bien inattendue, la plupart des cas de

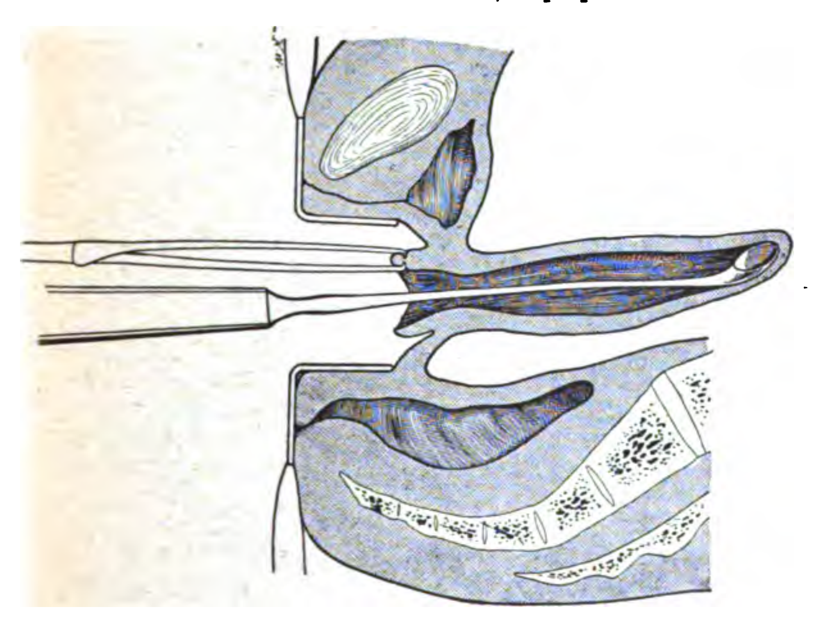


Fig. 76. — Curette déprimant le fond de l'utérus ramolli et faisant croire à une perforation.

perforation consignés dans la littérature médicale se sont terminés par la guérison, sans incidents sérieux. Sur presque tous les utérus qui ont pu être examinés, la perforation siégeait près des cornes utérines, empiétant sur le fond de l'organe ou sur ses bords. Pour expliquer ces guérisons inespérées, on a prétendu que la curette, au lieu de la traverser, avait simplement refoulé la paroi utérine ramollie et momentanément douée d'une extensibilité exceptionnelle.

Quelques auteurs américains ont même prétendu que l'instrument pouvait s'engager dans une cavité tubaire devenue largement perméable du fait de l'état puerpéral. Aucune de ces interprétations ne repose sur des faits constatés ***de visu ;*** il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte. Jusqu'à plus ample informé, la seule explication satisfaisante, c'est d'admettre

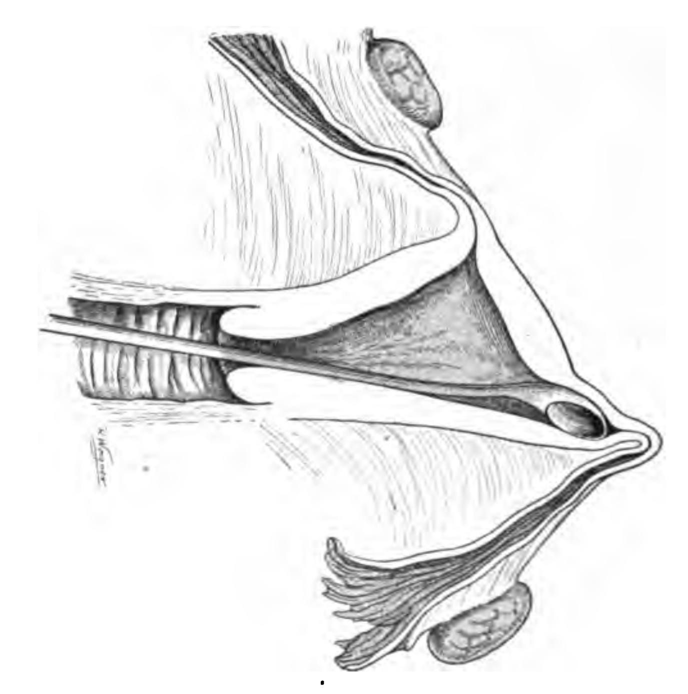


Fig. 77. — Curette refoulant une corne utérine et simulant une perforation dans un utérus puerpéral.

que les guérisons survenues de façon si miraculeuse tenaient tout simplement à la stérilité parfaite des débris placentaires contenus dans la cavité utérine.

Parmi les autres complications qui peuvent surgir chez les femmes curettées, la plus fréquente et la plus grave est l'*infection ;* mais rien de plus variable que l'intensité avec

laquelle elle se manifeste et les lésions qu'elle détermine : péritonite aiguë généralisée rapidement mortelle, pelvi-péritonite, phlegmons péri-utérins, salpingo-ovarite aiguë, subaiguë ou chronique, endométrite, etc. Disons tout de suite que, grâce aux progrès de l'asepsie, ces fâcheuses conséquences du curettage deviennent tous les jours plus rares.

Quant à l'hémorragie, immédiate ou secondaire, elle n'est jamais assez abondante pour constituer, à proprement parler, une complication ; en dehors de la puerpéralité, il ne vaut même pas la peine d'en parler ; chez les femmes curettées pour une rétention placentaire, il suffit de tamponner la cavité utérine avec une mèche de gaze à la ferripyrine ou de gaze imbibée d'eau oxygénée pour mettre l'opérée à l'abri de tout suintement ultérieur.

Mais il y a des exceptions, et il est bon que les jeunes praticiens en soient prévenus. En effet, la curette peut ouvrir un vaisseau artériel anormalement développé et provoquer une hémorragie d'autant plus inquiétante qu'elle coïncide avec une inertie relative des parois utérines ; on a beau bourrer avec de la gaze, le sang vient toujours... Gardez-vous bien de perdre la tête et évitez de bourrer trop brutalement ; il vaut infiniment mieux attirer le col aussi près que possible de la vulve et arrêter l'hémorragie par la *forcipressure;* le pincement méthodique du vaisseau qui donne « vaut mieux que tous les tamponnements ». En réalité l'hémorragie rebelle, inquiétante, est rare au cours du curettage puerpéral, mais il est bon de ne pas oublier qu'elle est possible.

OPÉRATION CÉSARIENNE ABDOMINALE

Laparotomie. — La femme étant installée dans la position de TRENDELENBOURG, on incise la paroi abdominale sur la ligne médiane ; cette incision, qui doit avoir de 25 à 30 centimètres de longueur, part d'environ 3 à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic pour remonter jusqu'au niveau du fond de l'utérus après avoir contourné la cicatrice ombilicale à

gauche. Tous les chirurgiens recommandent d'inciser avec prudence, d'une main légère, à cause de l'extrême minceur des téguments ; pour éviter de blesser l'utérus et son contenu, il vaut mieux n'entamer que la peau tout d'abord, en se

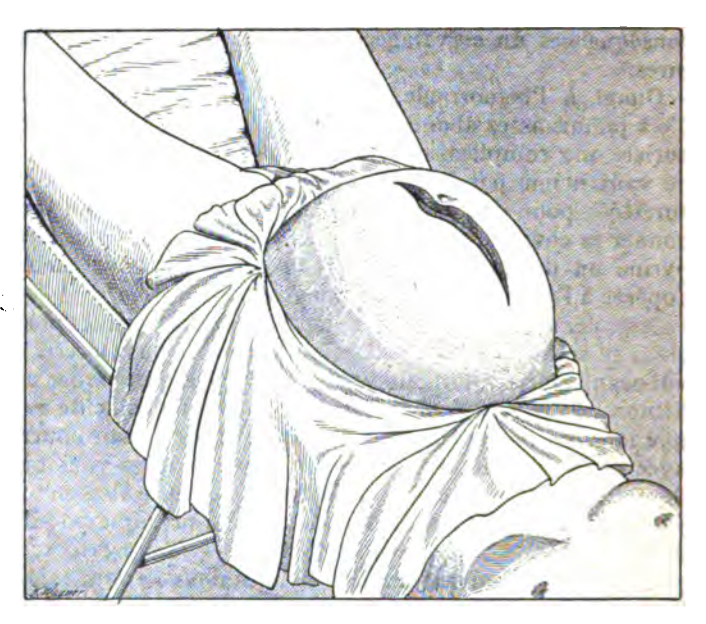


FIG. 78.

réservant de compléter la section pariétale avec les ciseaux, très prudemment maniés.

Extraction de l'utérus. — Le péritoine ouvert et repéré par des pinces, on aperçoit aussitôt l'utérus violacé, sillonné de quelques vaisseaux ; il s'agit maintenant de l'attirer hors de l'abdomen comme on le ferait d'une grosse tumeur, d'un fibrome par exemple; dans ce but, le chirurgien manœuvre de telle sorte que l'organe se présente obliquement, de biais, la corne gauche d'abord, puis le fond, enfin la face antérieure ; c'est une véritable énucléation qu'on réalisera, en

procédant avec beaucoup de douceur, dans l'intervalle de deux contractions ; pendant ce temps l'aide favorisera la manœuvre, en exerçant des pressions latérales sur l'abdomen, pressions qui seront, autant que possible, pratiquées d'arrière en avant.

A mesure que la matrice se dégage de la cavité abdominale, on se sert de grandes compresses stérilisées que l'on

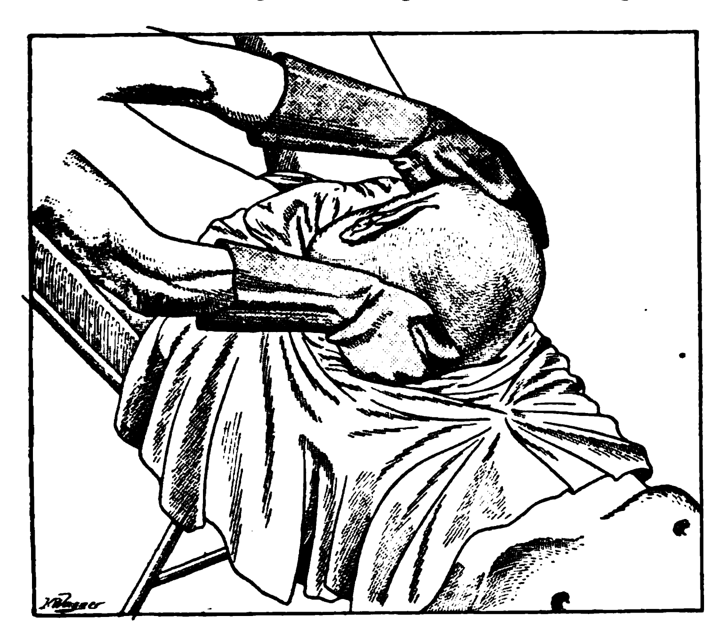


FIG. 79.

insinue derrière elle, pour contenir les anses intestinales, qui ont toujours tendance à s'échapper hors du ventre ; enfin l'utérus complètement sorti est reçu sur un lit de champs stérilisés que l'on dispose dans tous les sens, afin de bien isoler l'organe, de le mettre à l'abri de toute contamination.

Hystérotomie. — C'est l'ouverture de la matrice ; il est essentiel d'inciser la paroi utérine bien exactement *sur la*

ligne médiane, qui correspond à la zone avasculaire ; et il faut aller vite à cause de l'hémorragie inévitable. On commence par faire une boutonnière à la limite de la face antérieure et du fond et *juste sur la ligne médiane*, on ne saurait trop le rappeler ; dans cette petite brèche, on introduit rapidement l'index gauche, sa pulpe tournée en avant, et, sur cet index servant de guide, on glisse des ciseaux droits avec

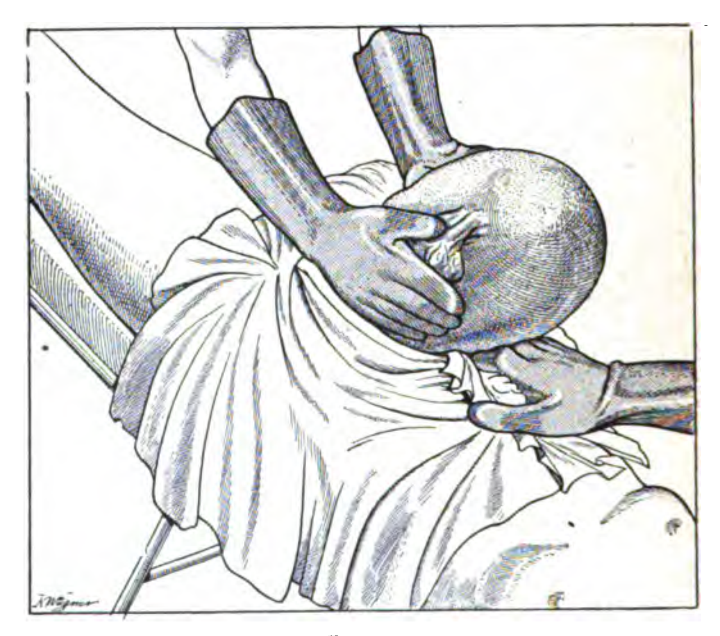


Fig. 80.

lesquels on poursuit la section — bien exactement médiane — de la paroi utérine sur une longueur de 15 à 20 centimètres en moyenne ; le sang coule, il faut se dépêcher, mais sans rien précipiter ; du reste, l'aide est là pour éponger ou tamponner si l'hémorragie devenait inquiétante, accident assez rare. Disons tout de suite que l'incision de la paroi utérine peut être troublée par deux incidents : 1° on tombe sur les membranes ; 2° on rencontre le placenta. Dans le pre-

mier cas, on se contente de sectionner les membranes ; dans le second, on décollera le placenta avec le doigt et on le refoulera de côté, *sans le blesser*, jusqu'à ce qu'on ait rencontré les membranes ; celles-ci seront aussitôt incisées.

Extraction du fœtus. — L'incision faite, le sang arrêté, il faut aller à la recherche du fœtus ; on recommande à l'aide

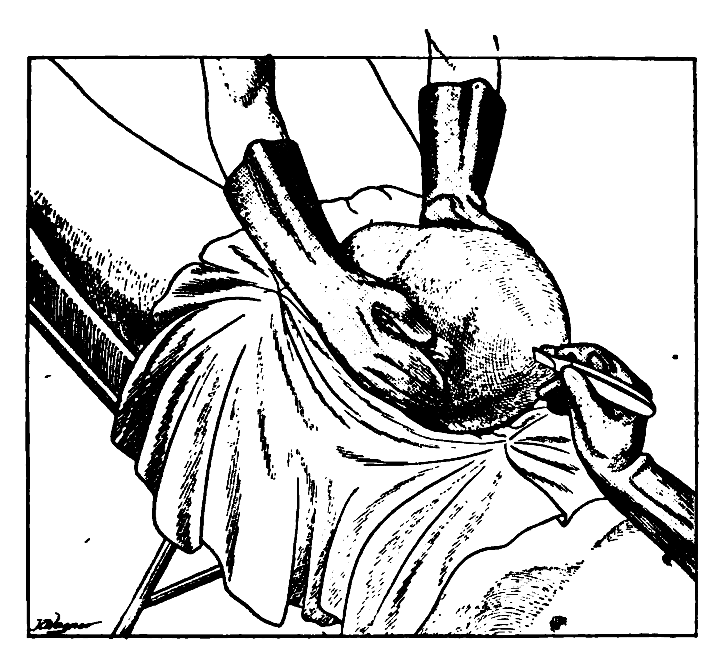


FIG. 81.

de tenir l'utérus bien immobile et on glisse la main droite dans la cavité utérine, pour aller à la recherche des pieds ; on les saisit et on exerce des tractions douces et progressives pour extraire l'enfant ; mais il peut arriver que la tête, qu'on doit extraire dernière, résiste, retenue dans le segment inférieur ; au lieu de tirer plus fort, ce qui serait une faute grave, il faut, au contraire, s'arrêter, ensuite prendre le bis-

touri et prolonger l'incision sur le segment inférieur, en ayant bien soin d'épargner la vessie ; si la tête fait saillie entre les lèvres de la plaie, saisissez l'enfant par les épaules et achevez l'extraction. Dès que le fœtus est hors de la cavité utérine, hâtez-vous de couper le cordon entre deux ligatures et remettez l'enfant à un aide.

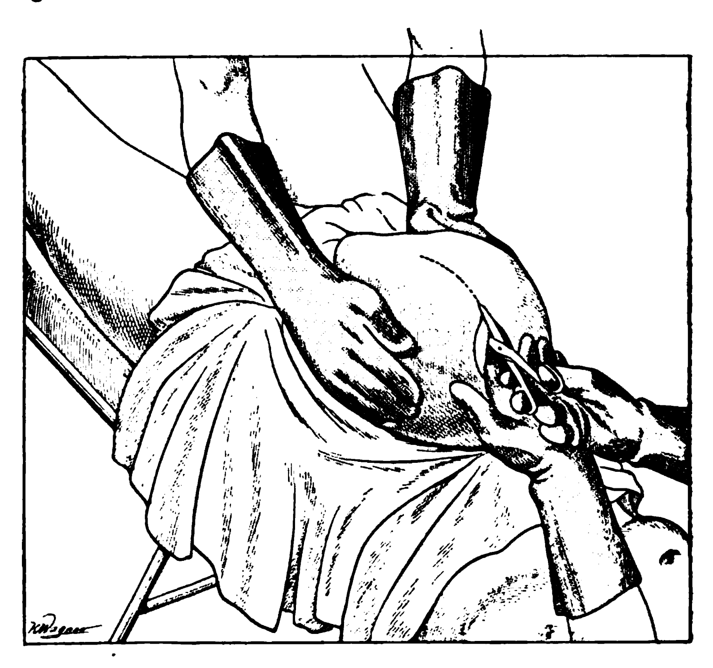


Fig. 82.

Extraction de l'arrière-faix. — Après avoir débarrassé le champ opératoire des compresses souillées de sang et de caillots, il faut songer à la délivrance. Commencez par le placenta qui, généralement, se laisse désinsérer sans difficulté ; passez ensuite aux membranes ; il faut, pour les enlever, procéder avec beaucoup de douceur et de patience, afin déviter l'extraction par lambeaux arrachés ; dès que les membranes ont été enlevées, il vous reste à assécher la

surface interne de la matrice; vous le ferez au moyen de compresses stérilisées, vous essuirez avec beaucoup de soin et sans brutalité ni précipitation.

Il est bon de rappeler qu'on peut être amené à tamponner la cavité utérine avant de procéder à la fermeture de la plaie de l'hystérotomie ; ce tamponnement peut être indiqué par une des trois causes suivantes : 1° inertie utérine ;



Fig. 83.

2° rétention de débris membraneux ; 3° insuffisance de l'orifice utérin ; vous pratiquerez donc le tamponnement au moyen d'une longue mèche de gaze stérilisée ou ectoganée que vous tasserez de bas en haut, en commençant par le col ; l'un des bouts de la mèche sera poussé dans le vagin, à travers l'orifice externe du museau de tanche, et il sera repéré avec une pince introduite dans le vagin ; l'autre bout correspondra à la partie la plus élevée de l'incision de l'hystéroto-

mie. Ces manœuvres achevées, passez à la suture de la section utérine.

Fermeture de l'hystérotomie et de la plaie pariétale. — Prenez une forte aiguille de REVERDIN ou de DOYEN et de la soie n° 2 ou du catgut n° 3 ; traversez la paroi utérine

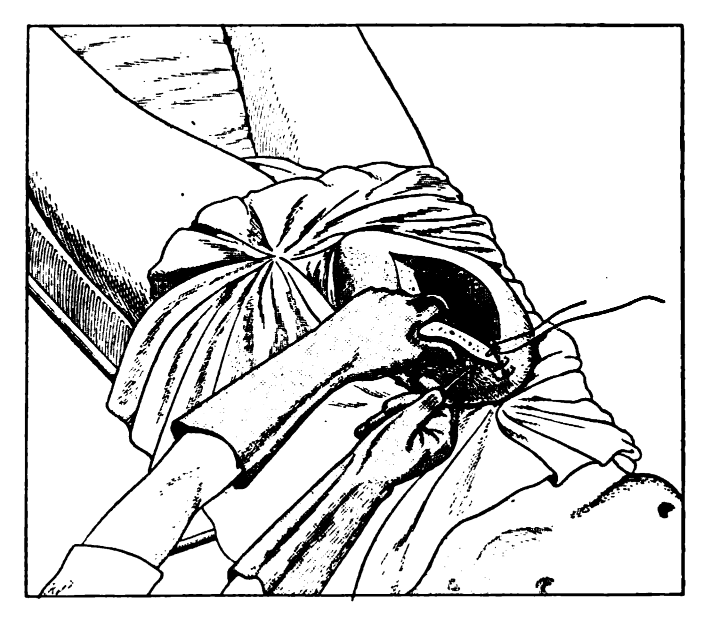


FIG. 84.

à environ 1 centimètre du bord cruenté, ressortez de l'autre côté, en un point symétrique ; vous ferez ainsi une suture à points séparés, en ayant soin de réaliser un bon affrontement ; faites trois nœuds à chaque point, mais ne serrez pas trop fort, ni trop brutalement pour éviter de couper les tissus. Il est permis d'ajouter des points supplémentaires pour assurer une bonne fermeture. Quelques chirurgiens évitent de traverser avec l'aiguille toute l'épaisseur de la paroi utérine ; ils préfèrent enfoncer l'aiguille obliquement pour

ressortir à 1 ou 2 millimètres au-dessous de l'endomètre, qui est ainsi respecté. Cette précaution n'a pas l'importance que lui accordent certains opérateurs.

Toilette du péritoine. — La suture terminée, on essuie avec soin la ligne des sutures, on enlève les compresses protectrices, enfin, on débarrasse la surface de l'utérus ainsi

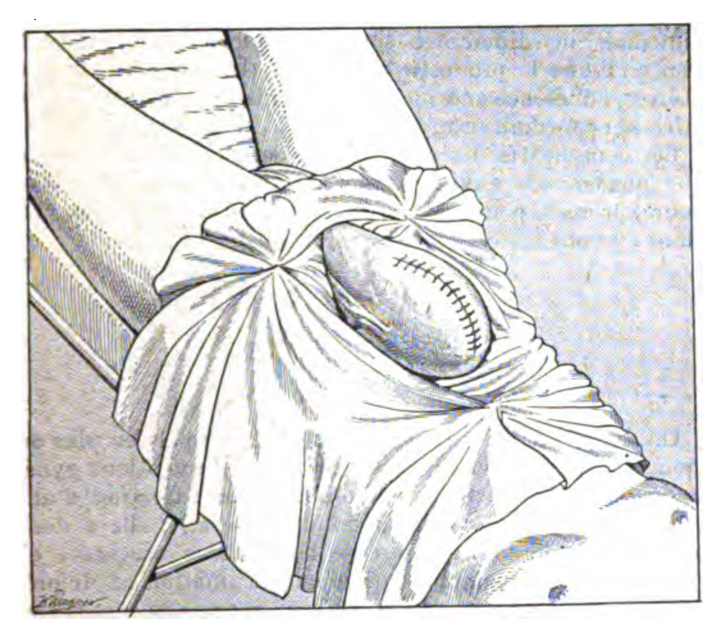


Fig. 85.

que le péritoine pariétal de tous les caillots et débris qui l'encombrent. Il est parfaitement inutile de laver, même avec du sérum stérilisé.

Fermeture de l'abdomen. — Elle doit être réalisée avec le plus grand soin ; trois étages de sutures sont nécessaires ; un surjet de catgut pour la séreuse ; des points séparés ou encore un surjet de catgut pour le plan musculo-fibreux ;

des points séparés aux crins pour la peau ; on pourrait raffermir cette fermeture par quelques points profonds au moyen de fils métalliques (bronze ou argent).

Pansement ouaté, doucement compressif, comme dans toutes les laparotomies.

Telle est la technique ordinaire de la césarienne abdominale dans les cas simples.

Il va sans dire qu'on peut se trouver aux prises avec des difficultés de différentes sortes, lesquelles assombrissent plus ou moins le pronostic opératoire (hémorragies, inertie utérine, adhérence anormale du placenta ou des membranes, infection concomitante, etc., etc.).

Ces complications seront traitées suivant les indications que nous avons envisagées en étudiant les laparotomies pour fibromes, pour cancer, pour annexites suppurées, etc. Nous n'avons pas à y revenir ici.

PÉRITONÉOPLASTIE

On désigne ainsi la réfection du péritoine pelvien plus ou moins déchiqueté au cours des grandes interventions gynécologiques (hystérectomie abdominale, décortication d'une tumeur incluse dans le ligament large, etc.) ; elle a donc pour but de revêtir de séreuse les surfaces cruentées de l'excavation pelvienne. Sa principale destination est de prévenir l'établissement d'adhérences anormales entre les anses intestinales et les parties voisines, telles que l'épiploon, la vessie, les moignons ligaturés et le plancher pelvien ; son importance est donc capitale, car on ne connaît que trop les inconvénients qui résultent du fait de ces connexions pathologiques (douleurs plus ou moins vives causées par les tiraillements que les parties soudées exercent les unes sur les autres, troubles digestifs graves provenant de l'immobilisation de certaines anses d'intestin, accidents d'occlusion transitoire ou définitive, phénomènes nerveux graves, etc.). Les troubles provoqués par ces adhérences sont parfois assez

sérieux pour justifier la réouverture de l'abdomen dans des conditions qui sont loin d'être toujours favorables.

La péritonéoplastie offre encore d'autres avantages : 1° elle assure l'hémostase des suintements en nappe ; 2° elle consolide les ligatures posées sur les pédicules vasculaires utéro-ovariens ; 3° enfin, elle isole la cavité péritonéale et prévient la contamination de celle-ci par les sécrétions plus ou moins septiques émanant du plancher pelvien sous-séreux. On ne saurait donc trop recommander aux chirurgiens de réaliser la péritonéoplastie de la façon la plus rigoureuse et la plus complète.

Choisissons pour exemple une hystérectomie abdominale totale ; l'ablation de l'utérus a pour résultat de laisser une énorme plaie dont le fond est constitué par le plancher pelvien tapissé de tissu cellulaire ; en avant, la plaie est représentée par la vessie dépouillée de sa séreuse, au-dessous et en arrière de laquelle s'ouvre le moignon vaginal ; latéralement sont le paramétrium et les tranches des ligaments larges. Si l'on se contentait de refermer le ventre, après avoir posé des ligatures et fermé le vagin, de vastes et solides adhérences s'établiraient immanquablement entre les anses intestinales, l'épiploon, la vessie, les moignons des ligatures et le plancher du pelvis, adhérences qui, comme nous l'avons déjà dit, seraient la source de maux sans nombre : névralgies pelviennes, cystites rebelles, constipation tenace, occlusion intestinale, vomissements, déchéance générale, etc., etc., sans parler des dangers d'inoculation de la séreuse par les micro-organismes émanés de la tranche vaginale insuffisamment fermée.

DRAINAGE DU PÉRITOINE

Faut-il drainer systématiquement toutes les laparotomisées? Les avis sont très partagés sur cette importante question. En Allemagne, les partisans du drainage ne sont pas très nombreux : M. OLSHAUSEN ne drainerait jamais ses opérées. Dans un mémoire récemment paru, M. HENKEL, assistant du grand chirurgien berlinois, rappelle quelques chiffres

comparatifs recueillis par M. JUNG, assistant de M. A. MARTIN (de Greifswald) : 72 femmes laparotomisées pour annexites suppurées et non drainées ont donné une mortalité de 2,5 0/0, tandis que 20 autres opérées dans les mêmes conditions et drainées ont fourni 2,5 0/0 de décès. Quelle conclusion tirer de ces statistiques un peu trop sommaires?

En France, on draine volontiers. M. RICHELOT n'hésite pas à le faire après les opérations exceptionnellement longues et laborieuses, et, d'une manière générale, toutes les fois qu'il y a eu effusion de pus. MM. FORGUE et RECLUS conseillent de drainer, « quand les surfaces septiques ou capables d'une sécrétion infectieuse existeront dans la cavité péritonéale, quand la séreuse aura été largement déchirée, quand le foyer opératoire sera le siège d'une hémorragie en nappe ». M. le professeur POZZI formule les mêmes indications, et il ajoute, comme étant des indications au drainage, les conditions suivantes : « longue durée de l'opération et manœuvres laborieuses ayant compromis la tonicité de l'intestin et la vitalité de la séreuse qui le recouvre ».

Pour notre part, nous nous rangeons avec empressement aux sages recommandations que l'on vient de lire.

Deux autres questions se posent ensuite : 1° faut-il drainer par l'abdomen ou bien par le vagin? 2° comment, par quels moyens établir le drainage de la cavité péritonéale?

Pour ce qui est de la première question, les avis sont encore partagés : les uns préfèrent la voie haute, les autres la voie basse ; d'autres, enfin, emploient concurremment les deux manières. Mais, d'une façon générale, on peut dire que c'est le drainage par la plaie abdominale qui compte le plus de partisans. « Dans cette question comme dans tant d'autres, dit M. J.-L. FAURE, il est mauvais d'être exclusif. Le drainage abdominal et le drainage vaginal me paraissent avoir des indications différentes ; les deux sont bons, et c'est, suivant les cas, l'un ou l'autre qu'il faut employer. Il peut même être bon, dans certaines circonstances, de les associer l'un à l'autre (*fig.* 86). » A moins de contre-indications formelles, commandées par le siège des lésions, il nous semble que le drainage par le vagin doit être préféré, car il

épargne à la cicatrice abdominale les inconvénients d'un point faible, d'un point d'appel pour l'éventration.

Quoi qu'il en soit, le meilleur moyen de drainer *par en bas* consiste à inciser transversalement le cul-de-sac de DOUGLAS et à faire passer par cette plaie, dans le vagin (*fig.* 87), deux gros drains en caoutchouc percés de nombreux trous,

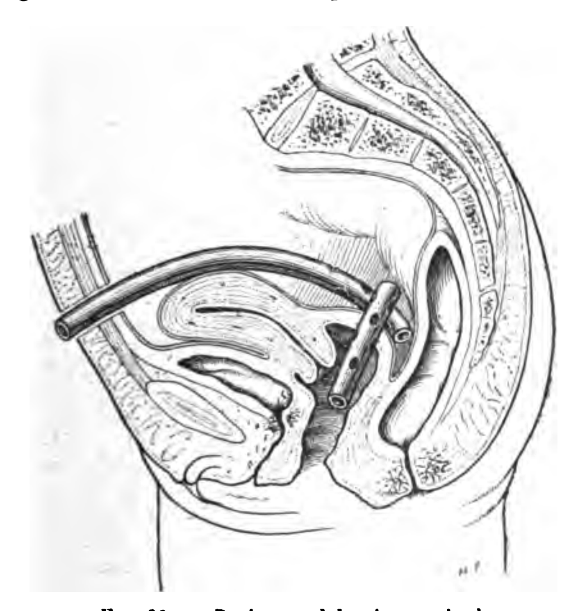


FIG. 86. — Drainage abdomino-vaginal.

que l'on dispose comme les canons d'un fusil de chasse ; pour les empêcher de se déplacer, on les fixe à l'un des bords de l'incision par un gros catgut ou par un fil de soie. Cependant beaucoup de chirurgiens préfèrent se servir d'un *tube en croix* formé par deux tubes de caoutchouc soudés ensemble.

Passons maintenant au drainage par la voie haute (*fig.*88). Les chirurgiens diffèrent d'opinion sur la manière de l'établir. En général, on emploie un gros drain en caoutchouc, en verre ou en aluminium, percé de nombreux orifices. L'une

des extrémités du tube aboutit au cul-de-sac de DOUGLAS, tandis que l'autre sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale (*fig.* 88). Il n'en est pas moins certain que nombre d'opérateurs préfèrent se servir de mèches de gaze simplement stérilisées ou antiseptiques (iodoforme, salol, ferripyrine, ectogan, protargol), que l'on place de la même façon que les drains. Ce mode de drainage *capillaire* a l'avantage d'être en même temps *compressif*, et, par conséquent, *hémostatique* jusqu'à un certain point : il réussit très bien contre les suin-



FIG. 87. — Drainage vaginal.

tements en nappe. On lui a reproché, il est vrai, de jouer, parfois, le rôle d'un tampon et aussi de s'accoler aux lèvres de la plaie, enfin d'être difficile à enlever. Ces inconvénients ont été très exagérés ; nous sommes partisan convaincu du drainage capillaire, nous l'avons employé dans un grand nombre de cas, sans en avoir jamais éprouvé de désagrément réel. La mèche refuse-t-elle de venir tout entière —

car il est toujours possible d'en déplacer une partie, — au lieu de tirer quand même et de faire souffrir l'opérée, il est beaucoup plus simple d'attendre un jour ou deux, en renouvelant doucement la tentative d'extraction ; la gaze, s'imbibant de plus en plus, finit par se détacher des parois du trajet et se laisse enlever sans difficulté. Dans tous les cas, on doit éviter de faire couler de l'eau — fût-elle stérilisée — sur la mèche dans l'espoir de faciliter son décollement, car on risque de provoquer l'infection du trajet intra-péritonéal.

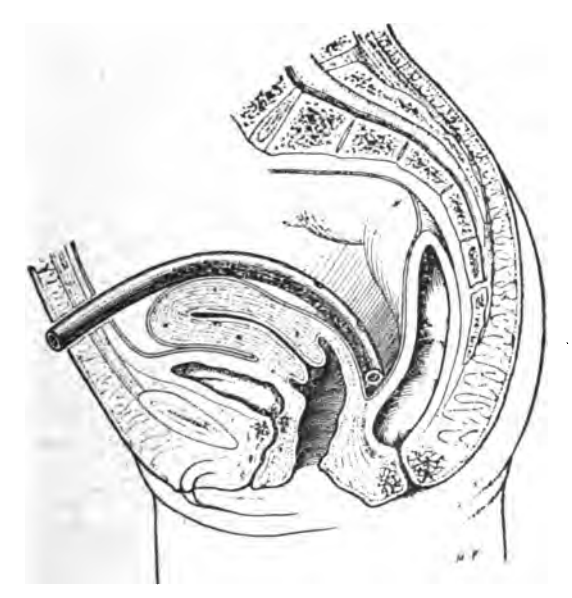


FIG. 88. — Drainage abdominal.

Nous avons vu un accident de ce genre se terminer par la mort.

Au lieu d'employer des mèches seules, certains chirurgiens se servent d'un gros tube de caoutchouc ou de verre, qu'ils entourent de quelques doubles de gaze stérilisée ou antiseptique. Nous avons, maintes fois, eu l'occasion de recourir à ce mode de *drainage mixte*, *tubo-capillaire*, et les

résultats que nous en avons obtenus nous autorisent à le recommander vivement.

En terminant, nous devons une mention au *tamponnement du péritoine* par la *méthode de* MIKULICZ, méthode passablement déchue de son ancienne vogue. C'est un sac de gaze (stérilisée ou antiseptique, peu importe) que l'on place dans la partie la plus déclive de la cavité qu'il s'agit de tam-

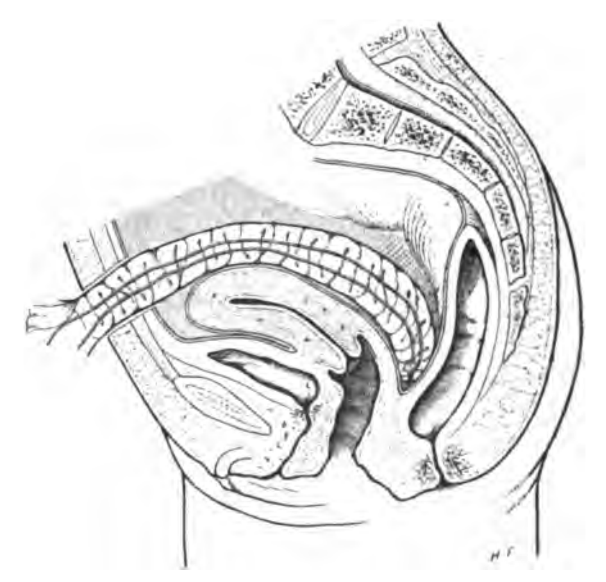


FIG. 89. — Drainage à la MIKULICZ.

ponner, l'ouverture du sac venant affleurer les bords de l'incision abdominale (*fig.* 89) ; au fond de ce sac est solidement attaché un double fil de forte soie dont les chefs ressortent par le haut. Dans le sac ainsi disposé, on introduit un certain nombre de mèches de gaze que l'on tasse avec soin depuis le fond jusqu'aux bords de l'ouverture ; au milieu de ces lanières se trouvent les deux fils de soie dont nous avons parlé et sur lesquels on tirera pour enlever le sac. La gaze qui y est contenue doit être retirée définitivement ou

simplement renouvelée au bout de quarante-huit heures ; le sac lui-même peut rester en place cinq jours, six jours et même davantage. L'usage du *mikulicz* est indiqué non seulement dans le but de drainer à la suite d'une opération septique, mais encore et surtout lorsqu'il s'agit d'assurer l'hémostase dans un petit bassin qui *suinte en nappe*, après la ligature des pédicules vasculaires. Dans certains cas, il y a avantage à associer le drainage tubulaire au sac de Mikulicz.

Le drain une fois enlevé, il reste un trajet plus ou moins long, plus ou moins large dont l'oblitération s'effectue au bout d'un laps de temps très variable. Si le tube que l'on vient de retirer est très volumineux, il sera prudent de le remplacer successivement par des tubes de plus en plus petits, ou encore par des lanières de gaze *qu'on évitera de tasser ;* mais disons tout de suite qu'on ne saurait prendre trop de précautions aseptiques pour faire ce pansement ; on s'y prépare comme s'il s'agissait d'une véritable opération sur le péritoine (désinfection rigoureuse des mains, protection de la plaie et du trajet par des champs opératoires, usage d'instruments soigneusement stérilisés) ; naturellement, les nouveaux drains destinés à remplacer celui qu'on supprime auront été stérilisés par l'ébullition ou à l'autoclave, etc. Si tout a évolué aseptiquement, la cicatrisation du trajet sera réalisée au bout d'une dizaine de jours ; dans le cas contraire, s'il y a eu infection même très légère des parois du trajet, la fermeture demandera plusieurs semaines ; en cas d'infection grave, la fièvre s'allume, des douleurs se déclarent accompagnées de vomissements, de météorisme partiel ou total, et la mort peut être la conséquence de cette contamination due à l'ignorance ou à la négligence. Fort heureusement, la terminaison fatale constitue un accident plutôt rare ; dans la plupart des cas, l'infection tourne court, à la condition d'intervenir énergiquement : irrigations du trajet avec de l'eau oxygénée, attouchements à la teinture d'iode, applications de glace sur le ventre, et, en cas de nécessité absolue, débridements multiples partant du trajet ou y aboutissant. On voit donc que le soin de panser les plaies laissées par les drains ne devra être confié qu'à des personnes très expérimentées, rompues

à la pratique de l'asepsie, sous peine de voir survenir les plus fâcheuses complications.

Mais, pour fixer les idées, choisissons comme exemple un trajet produit par un drain n° 50, qui est peut-être le calibre le plus fort en usage dans la pratique gynécologique. Tout s'étant passé apyrétiquement, le tube est supprimé au bout de 48 heures ; à sa suite est venue une certaine quantité de sérosité sanguinolente, limpide, inodore, que l'on a épongée avec des compresses stérilisées. Comme il est certain que les parois et le fond du trajet continueront de sécréter les jours suivants, il serait peu sage de se contenter d'un simple pansement à plat ; il faut, au contraire, faciliter l'issue de ces sécrétions, et, à ce point de vue, on a le choix entre deux pratiques : 1° remplacer le tube n° 50 par un autre aussi long, mais d'un calibre inférieur, soit le n° 35 ou 40 ; 2° insinuer dans le trajet une lanière de gaze qui sera poussée jusqu'au fond et mollement tassée à l'aide d'une longue pince. On continuera ainsi les jours suivants en diminuant le calibre des drains ou les dimensions de la mèche jusqu'à ce que le trajet se soit suffisamment réduit pour pouvoir être pansé à plat.

Quoi qu'il en soit, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement : ainsi il arrive parfois que le trajet mettant un temps infini à se combler, sécrète avec une abondance telle que les autres pièces de pansement finissent par en être imprégnées, et cela sans que cette évolution anormale puisse s'expliquer par l'intervention d'une infection surajoutée. Dans ces conditions, il faut, à tout prix, prévenir les complications qui pourraient résulter de la rétention même partielle de ces liquides si copieusement sécrétés ; et le meilleur moyen de s'opposer à cette rétention, c'est d'absorber ces liquides au moyen de lanières de gaze qu'on renouvelle deux, trois et même plusieurs fois par jour ; c'est dans le même but que certains chirurgiens ont proposé d'aspirer ces produits au moyen d'une grande seringue d'une capacité de 100 à 150 grammes. Et ce n'est pas tout ; après chaque aspiration et évacuation, il est tout indiqué de pratiquer des irrigations antiseptiques afin de modifier l'état des parois du trajet, d'activer le processus de réparation et de hâter par là l'obli-

tération de ce conduit. L'eau oxygénée, les solutions de permanganate, de protargol, d'oxycyanure sont les topiques les plus usités ; on pourrait aussi faire alterner ces lavages modificateurs avec des applications de teinture d'iode, de chlorure de zinc. Quoi qu'il en soit, il ne sera permis de risquer ces irrigations qu'après avoir acquis la certitude que le trajet en question n'a plus aucune communication avec le péritoine; on fera donc bien d'attendre six à dix jours à partir de la date de la suppression du premier drain.

Chez certaines opérées, et sans qu'on puisse incriminer la moindre infection, le trajet du drain met des semaines à se combler, et cela en dépit des soins les plus appropriés ; les parois se tapissent de bourgeons de bonne nature, mais dépourvus de vitalité, de sorte qu'on a beau recourir aux stimulants les plus énergiques, les plus variés (nitrate d'argent, chlorure de zinc, caustique de Filhos, etc.), la cicatrisation traîne avec une désespérante lenteur ; c'est dans ces conditions qu'on a proposé d'activer le processus de réparation en curettant les parois du conduit ; ce moyen peut réussir, mais il ne faudra l'employer qu'après échec de tous les autres procédés.

PARACENTÈSE OU PONCTION ABDOMINALE

La paracentèse est une opération qui consiste à ponctionner la cavité abdominale pour évacuer un épanchement péritonéal libre (ascite) ou une collection enkystée intra-abdominale, comme, par exemple, un kyste de l'ovaire[1].

Pour faire cette petite opération, on se sert ordinairement d'un trocart dont la grosseur ne dépasse pas celle de l'instrument employé pour l'hydrocèle (*fig.* 90 et 91). Il va sans dire que ce trocart a été préalablement stérilisé (ébullition pendant vingt minutes, flambage à la flamme d'une lampe à alcool, autoclave, peu importe le moyen employé).

S'agit-il d'évacuer un épanchement ascitique? Il faut piquer le milieu de la ligne qui s'étend de l'ombilic à l'épine

1. Avant toute paracentèse, il est prudent de *toujours* faire une ponction exploratrice capillaire.

iliaque antéro-supérieure du côté gauche ou droit. Mais on fera toujours bien de s'assurer que cette zone est *absolument mate à la percussion, preuve qu'il n'y a pas d'anse intestinale interposée.*

S'il y a contre-indication à placer la malade dans le décu-

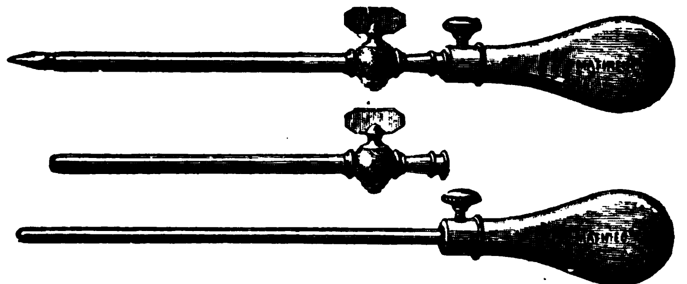


Fig. 90. — Trocarts avec robinet.

bitus dorsal, on le fera asseoir dans un fauteuil ou dans son lit et on ponctionnera sur la ligne blanche, à égale distance du pubis et de l'ombilic, *et après avoir, au préalable, vidé la vessie.* Il n'en est pas moins certain que cette attitude est dangereuse et qu'on n'y doit recourir que si l'on est positivement forcé.

S'agit-il d'une ascite cloisonnée? On est bien obligé d'en-

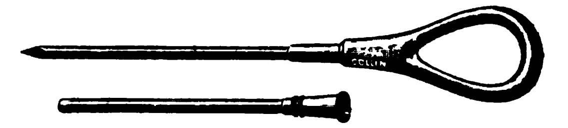


Fig. 91. — Trocart simple et sa canule.

foncer le trocart dans n'importe quel point de l'abdomen; pour éviter les accidents, il faudra s'assurer, à plusieurs reprises, que la zone à ponctionner est bien mate, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'intestin sous-jacent ; et il faut bien convenir qu'en dépit des précautions les plus minutieuses, des erreurs ont été plus d'une fois commises et qu'elles sont quelquefois — rarement — inévitables. En effet, comment ne pas blesser des anses d'intestin agglutinées entre elles

dans le voisinage d'un gâteau épiploïque baignant dans une collection enkystée? En somme, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une zone dont la matité n'est pas absolue, il vaudra mieux s'abstenir ou remettre la séance à une autre fois.

Dans le cas de kyste ovarique, on doit, en principe, *enfoncer le trocart à l'endroit le plus mat*, ce qui fait qu'on est parfois obligé de s'éloigner de la zone d'élection sus-indiquée ; mais, si cette zone remplit toutes les conditions requises, c'est elle qu'on choisira de préférence.

Avant de procéder à la ponction, il ne faut pas oublier de désinfecter avec le plus grand soin le point où sera enfoncé le trocart : nettoyage avec de l'eau chaude, du savon et une brosse, dégraissage à l'éther et à l'alcool, etc.

La malade est placée dans le décubitus dorsal, plus ou moins incliné du côté qu'on doit ponctionner (pour que le liquide s'accumule dans les parties déclives), la tête plutôt basse (pour prévenir la syncope).

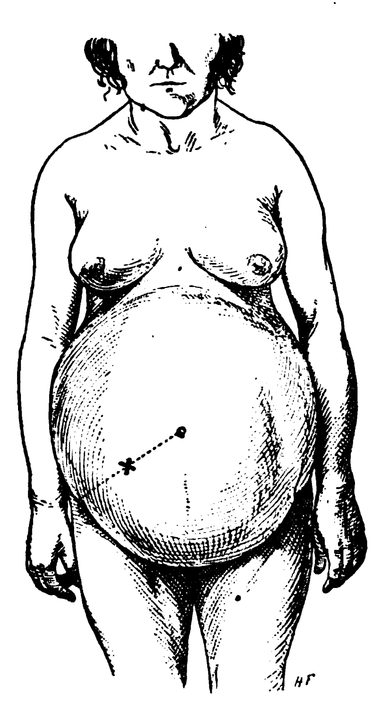


Fig. 92. — Ponction abdominale.

On saisit le trocart de façon que l'extrémité du manche prenne un bon point d'appui sur la paume de la main, puis, d'un coup brusque, comme un coup de poignard, ou doucement, mais avec force, le chirurgien l'enfonce au point marqué et *perpendiculairement à la peau.* Lorsqu'on a la sensation qu'on a pénétré, on retient la canule avec les

doigts de la main gauche, tandis que la main droite retire le trocart. Le liquide jaillit aussitôt avec plus ou moins de

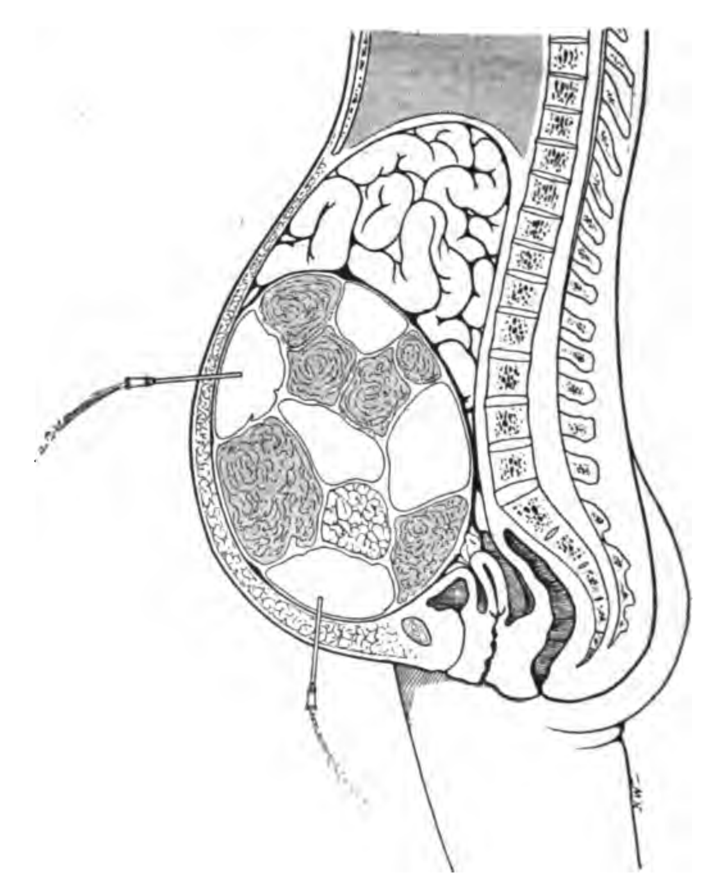


Fig. 93. — Ponction abdominale.
Kyste multiloculaire à contenu mixte. — Les trocarts ont pénétré dans des poches à contenu liquide. — Les zones sombres représentent des poches à contenu solide ou gélatineux.

force suivant l'abondance de l'épanchement et la tension

intra-abdominale ; à mesure que la cavité péritonéale se

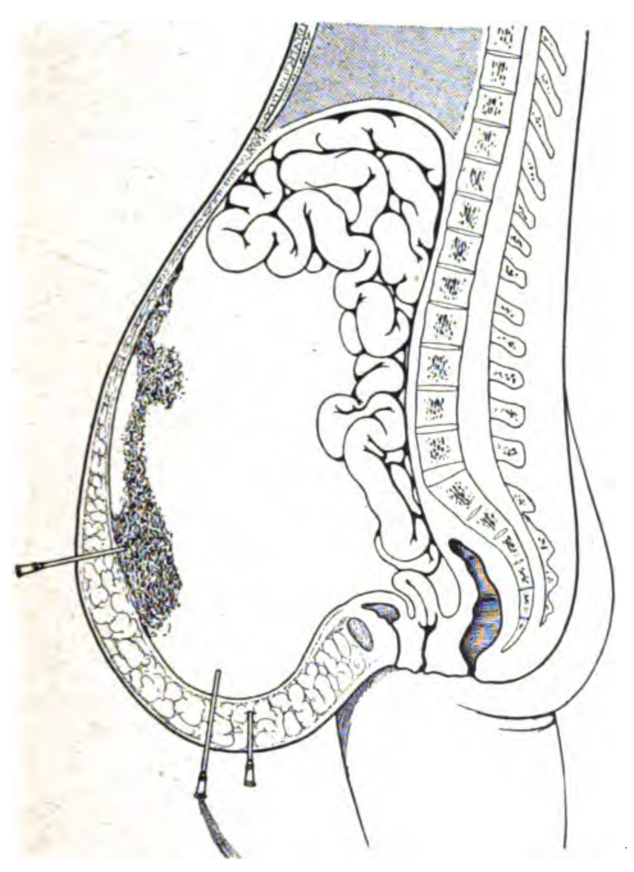


Fig. 94. — Ponction abdominale.

De haut en bas : le premier trocart s'est engagé dans un gâteau épiploïque, ce qui fait que la canule ne donne issue à aucun liquide (ponction blanche). Le deuxième trocart a été enfoncé en plein épanchement. Le troisième, trop court, n'atteint pas le liquide épanché (ponction blanche).

vide, on presse sur la canule pour l'empêcher de sortir, et,

en même temps, on l'incline dans tous les sens pour favoriser l'accès du liquide dans sa lumière.

Il arrive parfois que l'enfoncement du trocart n'amène aucun liquide ; c'est ce qu'on appelle une *ponction blanche*. Cette absence d'écoulement est due à plusieurs causes : 1° à l'épaisseur de la paroi infiltrée d'œdème ; il faut alors pousser plus loin la canule ou recommencer avec un trocart *plus long ;* 2° à la pénétration du trocart dans un gâteau de péritonite chronique ou dans un amas de fausses membranes ; dans ces deux cas, il faut retirer le trocart et l'enfoncer ailleurs ; il peut arriver aussi que le liquide ne jaillit pas parce que l'instrument a pénétré dans le foie, dans la rate, dans l'intestin ; on doit alors, sans perdre de temps, faire une laparotomie et appliquer au trauma le traitement qui lui convient.

Lorsque la quantité du liquide évacué paraît suffisante, on retire la canule d'un mouvement brusque et l'on applique immédiatement sur l'orifice de la ponction un tampon d'ouate *aseptique*, en exerçant quelques frictions énergiques de manière à détruire la rectitude du trajet intra-pariétal. Parfois, le liquide continue de suinter, ou bien, c'est du sang qui s'échappe en bavant. Il suffit de faire, pendant quelques minutes, une compression assez forte avec un tampon d'ouate pour arrêter le suintement.

Comme pansement, après avoir oblitéré la petite plaie avec un tampon de coton collodionné, on applique sur la région quelques compresses aseptiques qui sont maintenues en place par un bandage de corps en flanelle.

Il faut être prévenu que la canule peut se boucher et l'écoulement s'arrêter brusquement, au beau milieu de l'évacuation. Cet incident est dû soit à une frange épiploïque ou à une anse intestinale (ascite), soit à des végétations ou des grumeaux colloïdes (kyste ovarique), qui tendent à s'engager dans la lumière du tube. Souvent il suffit d'introduire une sonde cannelée dans la canule pour rétablir le cours du liquide ; d'autres fois il vaut mieux incliner la canule dans divers sens, car l'arrêt est dû à l'interposition d'une grosse masse végétante.

On pourrait aussi introduire dans la canule le man-

drin d'ARDIN-DELTEIL, mandrin mousse triangulaire, évidé sur chacune de ses faces d'une cannelure ; grâce à son extrémité mousse et à ses rainures, ce mandrin refoule l'intestin ou l'épiploon, sans mettre obstacle à l'écoulement du liquide.

Nous avons dit qu'il était facile d'arrêter le suintement qui persistait après l'ablation de la canule ; mais il y a des exceptions. Dans deux cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, tous les artifices qu'on imagina pour fermer le petit orifice furent inutiles, l'écoulement persista pendant huit jours, puis s'arrêta spontanément. Cet incident n'entraîna, d'ailleurs, aucune suite fâcheuse pour la malade. Mais il est bon d'être prévenu de la possibilité de cette complication. Pour prévenir l'infection de la petite plaie, on applique sur elle quelques compresses stérilisées, qui sont renouvelées plusieurs fois par jour.

Qu'il s'agisse d'une ascite ou d'un kyste ovarique, la paracentèse abdominale est d'une bénignité absolue, à la condition d'être propre et de se conformer aux règles de la technique que nous avons indiquées.

Une dernière recommandation : avant d'enfoncer le trocart, on fera bien de s'assurer de la vacuité de la vessie par le cathétérisme.

Accidents et complications. — La *syncope* est assez rare ; elle peut provenir de ce que la malade a la tête trop haute, de la douleur causée par le trocart ou d'une émotion chez les sujets pusillanimes ; d'autres fois elle succède à une évacuation trop rapide du liquide abdominal, surtout si l'épanchement est très abondant et les parois abdominales trop tendues ; dans ce cas, elle est souvent mortelle ; enfin, on a vu survenir des syncopes sans qu'il fût possible d'en déterminer la cause.

L'*hémorragie* est une complication dont la gravité varie suivant la cause qui lui a donné naissance ; elle s'annonce par un jet de sang qui s'échappe de la canule en même temps que le liquide péritonéal ; elle peut provenir d'une veine sous-cutanée ou d'une artère pariétale ; il faut *aussitôt* rechercher et lier le vaisseau lésé ; d'autres fois elle résulte

d'une blessure de l'intestin, du foie hypertrophié ou de la rate augmentée de volume : la laparotomie s'impose alors sans délai, et la vie de la malade dépend de la promptitude des secours. Nous ne citons que pour mémoire les suintements minimes dus à la blessure d'un ramuscule veineux insignifiant ; toujours est-il qu'il faudra s'assurer de l'insignifiance de l'accident.

L'infection du péritoine est une complication pour ainsi dire presque toujours mortelle : elle est due soit à une faute d'asepsie au cours de la ponction, soit à une inoculation provenant des téguments voisins (lymphangite, dermite septique, furoncle), soit, enfin, à une collection purulente intra-abdominale involontairement débridée par le trocart. Disons tout de suite que, de nos jours, les complications infectieuses sont tout à fait rares.

ATMOCAUSIS ET ZESTOCAUSIS

On désigne, sous le nom d'atmocausis, une opération qui consiste à traiter certaines lésions de la muqueuse utérine au moyen de la vapeur d'eau surchauffée (du grec ατμὸς, vapeur ; καῦσις, cautérisation). C'est un procédé de cautérisation assez employé en Allemagne et en Russie, mais complètement inconnu en France.

La découverte de cette méthode appartient à M. Sneguireff (de Moscou), qui l'essaya pour la première fois en 1895, dans un cas de métrorragie rebelle. Le succès de cette tentative détermina le chirurgien russe à poursuivre ses essais et à publier ses premiers résultats, qui étaient encourageants.

Bientôt d'autres gynécologistes recoururent à l'atmocausis pour traiter des affections assez disparates : corps fibreux, mètrites hémorragiques, cancer inopérable, hémorragies de la ménopause, infection puerpérale, etc.

Pour *ébouillanter* la muqueuse utérine, on se sert d'une sorte de marmite dont le couvercle porte un tuyau métallique auquel on adapte un tube de caoutchouc ; ce tube se termine par une espèce de canule métallique qu'on introduit dans la cavité utérine préalablement dilatée. Pour faire fonctionner l'*ébouillanteur*, on remplit la marmite d'eau à moitié

et on allume un réchaud à alcool placé au-dessous d'elle ; dès que la température du liquide a atteint 100°, la vapeur d'eau s'échappe par la canule adaptée au tube de caoutchouc.

M. Pincus (de Dantzig), qui a étudié la question d'une manière toute spéciale, conseille de faire des applications de courte durée, une demi-minute à une minute au maximum, mais en employant une température voisine de 115°. D'après M. Steinbuchel, sept à dix secondes suffiraient dans la grande majorité des cas. Pour M. Duhrssen (de Berlin), il faut laisser passer le courant de vapeur pendant un quart de minute, s'il s'agit de femmes très jeunes, et pendant une à deux minutes, chez les femmes âgées.

Au lieu de projeter dans la cavité utérine de la vapeur d'eau surchauffée, M. Schick (de Prague) injecte de l'eau bouillante au moyen d'une sonde à double courant ; mais il protège le vagin par une irrigation continue avec de l'eau très froide.

On connaît une autre variante de l'atmocausis, la *zestocausis* (du grec ζεστός, chaud ; καῦσις, cautérisation), qui consiste à introduire dans l'utérus une sonde à double courant non perforée, de sorte que l'eau bouillante qui la traverse agit sur la muqueuse par l'intermédiaire des parois métalliques surchauffées. Cet appareil s'appelle le *zestocautère*.

Quelle est la valeur curative de l'ébouillantement?

Les résultats publiés jusqu'ici sont souvent contradictoires. Si nous en croyons M. Pincus, la *vaporisation de l'utérus* serait la méthode idéale de traitement de l'endométrite et des métrorragies climatériques. MM. Panecki, Gubaroff, Duhrssen, Stapler, Steinbuchel, etc., en parlent avec éloge. Tout récemment, un élève de M. Schauta (de Vienne), M. Stiasny, a annoncé, sur 17 cas, 15 guérisons absolues et 2 améliorations très nettes. Après avoir endormi les malades et dilaté la cavité utérine au moyen des bougies d'Hegar, il projette la vapeur à une température de 102 à 110° pendant quinze secondes à une minute et demie au maximum. (Stiasny, in *Société de gynécologie de Vienne*, 1905, séance du 11 avril.)

Malheureusement, l'ébouillantement de la muqueuse utérine n'a pas donné que des succès ; on signale des revers

assez sérieux. M. Treub (d'Amsterdam) a rapporté un cas de mort, et ce n'est pas le seul. La complication la plus fréquemment notée est la sténose du col et même l'atrésie complète de toute la cavité utérine : MM. Pitha, Schlutius, Fuchs, Baruch, Guérard, Von Weiss en ont publié des exemples, qui doivent donner à réfléchir. Il est vrai que M. Duhrssen (de Berlin) a voulu provoquer de parti pris l'oblitération de la cavité utérine pour guérir certaines métrorragies de la ménopause ; ses tentatives auraient été couronnées de succès.

Il n'en est pas moins certain que depuis quelques années l'ébouillantement de la muqueuse utérine est tombé dans le plus complet discrédit, et il est bien peu probable que cette méthode regagne la faveur des praticiens.

INJECTIONS INTRA-PÉRITONÉALES

Elles ont pour but de projeter sur la séreuse abdominale malade diverses substances médicamenteuses.

On ne doit recourir à ce moyen qu'au niveau de zones parfaitement mates, ce qui attesterait l'absence de l'intestin et la présence d'un épanchement plus ou moins considérable, d'un foyer sur lequel on se propose d'exercer une action thérapeutique.

Mais il est bon d'être prévenu que les choses ne se présentent pas toujours avec cette simplicité. Bien souvent on se trouve en présence de collections multiples, enkystées, au niveau desquelles la matité est loin d'avoir toute la netteté requise ; en enfonçant l'aiguille un peu au hasard, on risque de léser l'intestin et de déchaîner des complications mortelles à brève échéance ; dans ces cas douteux, il est sage de remplacer l'aiguille par le bistouri et de créer une boutonnière permettant d'agir à coup sûr, boutonnière qu'il est souvent possible de réaliser grâce à l'anesthésie locale par la novocaïne ou la stovaïne.

Supposons maintenant que nous ayons affaire à un cas favorable. Avant d'injecter le liquide choisi, il est indispensable : 1° de bien déterminer le siège de la matité (au besoin

avec un crayon dermographique) ; 2° de faire une ponction capillaire à l'aide de la seringue de PRAVAZ, pour s'assurer de la présence de l'épanchement ou de l'exsudat.

L'épreuve faite, on remplace la seringue de PRAVAZ par la seringue chargée de la solution médicamenteuse qu'on se propose d'injecter ; il ne reste plus qu'à pousser le piston, doucement, progressivement, pour chasser le contenu dans le foyer morbide ; puis, d'un mouvement brusque, on retire l'aiguille, et le petit orifice créé par l'aiguille est pansé avec une boulette de coton humectée de collodion.

Quant à la substance destinée à l'injection, on n'a guère l'embarras du choix en gynécologie, attendu qu'il s'agit presque toujours d'une péritonite septique banale : on emploiera donc : l'*huile camphrée* (à 1 p. 100) dont on injectera de 100 à 500 grammes en l'espace de 24 à 48 heures.

Il nous paraît superflu d'insister sur les précautions aseptiques qu'il convient de prendre au cours de cette petite intervention ; il est évident que le champ opératoire sera préparé comme pour une laparotomie, que les seringues auront été stérilisées avec soin, que l'huile camphrée aura été bien aseptisée, enfin que l'opérateur se sera désinfecté les mains, absolument comme s'il s'agissait d'une opération sanglante sur le péritoine.

Il a déjà été question des *injections d'éther* dans le péritoine et des résultats encourageants mentionnés par MORESTIN. On peut se demander s'il n'y aurait pas avantage à adopter pour l'éther la technique utilisée pour l'huile camphrée, c'est-à-dire à l'injecter par ponction, sans recourir à l'ouverture du ventre : c'est une question que nous soumettons à l'appréciation des gynécologues.

Rappelons encore que les affections gynécologiques du petit bassin peuvent se compliquer de processus tuberculeux ; une femme atteinte de rétroflexion utérine, de prolapsus, de fibrome, etc., peut, à un moment donné, « faire » de la péritonite tuberculeuse à forme sèche, ulcéreuse ou ascitique ; au spécialiste qui la soigne incombe alors la tâche de combattre cette complication redoutable par des moyens conservateurs avant de songer à la laparotomie ; les injections d'*huile goménolée* trouvent alors leur indication.

MALADIES DE LA VULVE

VULVITE

La vulvite est l'inflammation des replis cutanés et muqueux qui constituent la vulve.

Qu'elle succède à un traumatisme ou qu'elle éclate spontanément, cette inflammation est toujours due à une inoculation sceptique, microbienne, et, dans la grande majorité des cas, c'est le *gonocoque* de NEISSER qui est à l'origine des accidents.

Chez la femme, la vulvite est ordinairement le résultat d'un coït infectant ; elle est, avec la vaginite et l'uréthrite qui l'accompagnent, la manifestation la plus fréquente de la blennorragie génitale.

La maladie déclarée se caractérise objectivement par la rougeur plus ou moins vive et le gonflement plus ou moins marqué de toute la région vulvaire, y compris le clitoris, le vestibule et le pourtour de l'orifice uréthral. Dans les formes intenses, les lèvres se couvrent d'érosions muqueuses, d'éléments de folliculite, de furoncles, même de petits abcès. Toutes ces lésions sécrètent un liquide séro-purulent qui se mele au pus uréthral et à l'écoulement du vagin pour former des *perles jaunes* et *verdâtres* fétides qui se répandent sur le périnée, sur la face interne des cuisses en y provoquant des érythèmes extrêmement pénibles. La miction devient douloureuse, et l'urine, en tombant sur les surfaces érythématisées dont nous venons de parler, provoque des cuissons atroces qui arrachent des cris aux malades. Dans certains cas, le gonflement des parties rend la marche presque impos-

sible. Il peut y avoir de la *fièvre*, de la *lymphangite* et de l'*adénite inguinale*.

La période aiguë de la maladie dure de huit à quinze jours, mais il faut compter plusieurs semaines avant que la vulve ait repris son aspect normal. D'autres fois, à la phase aiguë succède un état chronique caractérisé par la persistance de l'écoulement et l'apparition d'une *folliculite chronique*, souvent très rebelle aux différents traitements.

D'ailleurs, plus d'une complication peut survenir et retarder la guérison. Une des plus fréquentes est l'*inflammation de la glande de* Bartholin, la *bartholinite*, que nous décrirons plus loin ; ou bien ce sont des *abcès en série* qui évoluent sous la peau de la face externe de la grande lèvre ; parfois l'infection de l'urèthre se propage à la vessie en provoquant une *cystite du col ;* enfin, il n'est pas rare de voir le processus gagner toute la muqueuse vaginale, pour, de là, se propager à la muqueuse uterine et à la muqueuse tubaire (*endométrite, salpingo-ovarite*, etc.).

Le diagnostic n'offre généralement pas de difficultés ; seule la présence d'érosions grisâtres sur les petites lèvres et sur la face interne des grandes lèvres pourrait, quelquefois, faire hésiter entre une vulvite ulcéreuse et des *plaques muqueuses syphilitiques ;* il suffit d'un examen attentif pour faire cesser toute incertitude. On ne confondra pas, non plus, un abcès de la glande de Bartholin avec un *phlegmon sous-cutané simple de* la grande lèvre.

Chez les petites filles, la vulvite peut dépendre du gonocoque sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un viol ; les enfants sont contaminées par du linge et des objets de toilette appartenant à leurs parents et souillés de pus blennorragique. Mais, très souvent, l'infection de la vulve, due à des microbes saprophytes, est entretenue par la malpropreté révoltante dans laquelle vivent les enfants d'ouvriers. Il s'agit là de véritables *vulvites sordides*, suivant l'expression de M. Pozzi.

On a décrit quelques *formes de vulvite* caractérisées par la prédominance d'un symptôme. Exemples : la *vulvite aphteuse* de Parrot, fréquente après la rougeole ; la *vulvite saprophytique*, dont nous venons de parler ; la *vulvite folli-*

culaire de HUGUIER ; la *vulvite diphtérique*, bien étudiée par ERIKSON, avec examen bactériologique positif[1].

Traitement. — Dans les *vulvites sordides* ou *saprophytiques*, il suffit de soins de propreté minutieux, associés à des applications calmantes (infusion de racines de guimauve, cataplasmes de fécule de pommes de terre froids), pour faire disparaître tous les accidents.

Chez la femme, pendant la période aiguë, le repos est indispensable ; les parties atteintes doivent être lotionnées deux ou trois fois par jour avec une infusion tiède de guimauve ; dans l'intervalle, on interposera entre les replis vulvaires des mèches de coton hydrophile ou de gaze stérilisés imbibées d'eau bouillie ; ces mèches sont souvent avantageusement remplacées par des petits cataplasmes de fécule froids, que l'on peut très bien préparer de manière à les placer entre les grandes et les petites lèvres, sur le vestibule, dans le pli génito-crural, partout, enfin, où il y a contact des téguments enflammés ; ce dernier pansement constitue, à notre avis, le meilleur moyen de calmer l'irritation et les cuissons de la vulvite. Il va sans dire que la propreté la plus méticuleuse doit présider à la confection de tous ces topiques.

Il importe de faire remarquer que, dans certains cas, les applications dont nous venons de parler ne sont suivies d'aucune amélioration appréciable ; il faut alors recourir aux *topiques gras additionnés* de *poudres inertes ;* on enduit la vulve de vaseline neutre aseptique, et le tout est saupoudré de talc, de sous-nitrate de bismuth ou d'amidon.

Dès que les symptômes aigus se sont calmés, on ne doit plus hésiter à employer les *antiseptiques faibles*. Nous recommandons surtout l'usage de *permanganate de potasse* en solution aqueuse très étendue ; on couvrira la vulve de compresses de tarlatane imbibées de la solution suivante : permanganate de potasse, 1 gramme ; eau bouillie, 2.000 grammes. L'*eau blanche* de GOULARD coupée de moitié d'eau stérilisée, la solution boriquée ordinaire, les *solutions*

ERIKSON (*Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1904, t. XIX, p. 840).

picriquées (solution aqueuse saturée d'acide picrique, 200 grammes ; eau distillée bouillie, 500 grammes) sont très efficaces. Une recommandation importante, c'est de renouveler ces pansements au moins deux fois par jour. On n'oubliera pas non plus de placer dans les plis de la région des mèches de gaze ou de coton hydrophile pour empêcher le contact des surfaces cutanées ou muqueuses. Enfin, au bout de quelques jours, il est bon de renoncer aux applications humides et de n'employer que les poudres inertes que nous venons d'indiquer, *sans oublier d'interposer toujours entre les replis, dans les sillons*, des mèches de gaze ou de coton hydrophile, et cela jusqu'à la guérison complète des lésions.

Chez les femmes atteintes de vulvite chronique, il est généralement indiqué de s'adresser à des topiques plus énergiques : les badigeonnages avec une solution de *nitrate d'argent* à 1 pour 100, pratiqués deux fois par jour, donnent d'excellents résultats. Dans l'intervalle, on pansera la région malade simplement avec de la gaze stérilisée ; on doit en dire autant de la *solution picriquée forte* (solution aqueuse saturée d'acide) que l'on emploiera sous la forme de compresses de gaze imbibées de ce liquide et appliquées en permanence sur la vulve, *mais en ayant soin de ne pas recouvrir* le pansement de taffetas imperméable, comme on le fait généralement.

Disons, en terminant, que certaines vulvites chroniques rebelles ne cèdent qu'aux badigeonnages à la teinture d'iode.

BARTHOLINITE

Étiologie. — C'est l'abcès de la glande vulvo-vaginale dite de Bartholin. Dans la grande majorité des cas, cette affection est due à la pullulation du gonocoque de Neisser ; elle évolue au cours d'une vulvo-vaginite blennorragique. Mais les exceptions à cette règle sont loin d'être rares, et nous savons, aujourd'hui, qu'il y a des bartholinites causées par le *streptocoque*, par le *staphylocoque*, par le *coli-bacille* et par d'autres microorganismes moins importants. Assez souvent on a constaté des *infections combinées*.

Signalons, enfin, deux cas de *tuberculose* parfaitement authentique rapportés par LECÈNE (de Paris) dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1909.

Symptômes et diagnostic. — C'est au cours ou au déclin d'une vaginite blennorragique que la barthclinite se déclare, au moins dans la plupart des cas. L'une des grandes lèvres se tuméfie, rougit et devient le siège d'élancements douloureux, exaspérés par la pression et par la marche, qui finit par devenir extrêmement pénible, presque impossible. Bientôt l'œdème gagne la plus grande partie de la vulve, la région de la fourchette et peut même s'étendre jusqu'au pourtour de l'anus. Il y a toujours un peu de fièvre, de la céphalée et un état saburral des voies digestives. On a même, dans quelques cas, noté de la rétention d'urine.

Au bout de quelques jours, on constate que la tumeur est devenue fluctuante, surtout lorsqu'on explore la face interne de la lèvre, et c'est à ce niveau que la collection purulente se fera jour spontanément, si l'on n'intervient pas plus tôt. Cette ouverture donne issue à une assez grande quantité d'un pus verdâtre, épais, toujours très fétide, renfermant souvent des débris de lobules glandulaires mortifiés.

Après l'évacuation du pus, les douleurs cessent complètement ; l'orifice continue de suinter encore pendant dix ou quinze jours, puis il s'oblitère spontanément, et tout semble rentrer dans l'ordre ; mais un examen attentif permet de constater que la glande est restée dure et hypertrophiée ; en pressant sur elle, on fait sourdre quelques gouttelettes de pus par l'orifice qui paraissait cicatrisé : l'inflammation est passée à l'état chronique. De temps en temps, l'abcès se réchauffe, et l'on assiste à des poussées aiguës, qui se terminent par la réouverture de l'orifice et l'évacuation du pus collecté. D'autres fois, l'état chronique se caractérise par la persistance d'une cavité tapissée de fongosités qui sécrètent constamment du séro-pus. Au cours d'une de ces rechutes dont nous venons de parler, il peut arriver que le pus franchisse les limites de la grande lèvre et de la vulve, décolle la peau en se portant vers le rectum et l'anus, et produise finalement une *fistule vulvo-périnéale* ou *vulvo-rectale*.

La guérison spontanée, après une seule atteinte, n'est possible que si le processus a été suffisamment intense pour amener la fonte et l'élimination de la glande *tout entière*. Or les choses ne se passent presque jamais ainsi ; en règle générale, les différents lobes de la glande sont successivement touchés par l'infection, ce qui explique l'interminable série des poussées aiguës et l'insuccès de l'incision pure et simple de l'abcès bartholinien.

Le *diagnostic* n'offre pas de difficulté, car il est impossible de confondre l'abcès vulvo-vaginal avec une *tumeur solide ou liquide de la grande lèvre ;* la seule lésion qui puisse faire hésiter, c'est l'*abcès sous-cutané simple* de la grande lèvre ; il suffit d'un peu d'attention pour reconnaître que, dans ce dernier cas, la glande de Bartholin n'est pas intéressée.

Le *pronostic* n'a aucune gravité ; cependant il est bon de se rappeler qu'une bartholinite négligée peut amener des trajets fistuleux recto-vulvaires.

Traitement. — L'incision simple, si large soit-elle, ne suffit presque jamais ; l'incision suivie du curettage sommaire de la cavité échoue aussi dans un grand nombre de cas. A notre avis, il ne faut pas hésiter à appliquer d'emblée un traitement radical : endormir la malade, ouvrir très largement le foyer par une grande incision verticale, détruire les parois de l'abcès avec la curette, extirper avec soin tous les débris de la glande avec le bistouri et la pince à disséquer ; on n'est sûr d'avoir tout enlevé que lorsqu'on a sous les yeux les tissus sains sous-jacents à la poche. Comme on opère dans une région très vasculaire, *il importe d'assurer l'hémostase en liant avec soin tous les vaisseaux qui donnent du sang ;* c'est le seul moyen de prévenir la formation d'hématomes. S'agit-il d'un cas aigu ? On s'abstiendra de réunir les bords de la plaie ; la cavité sera bourrée de gaze à la ferripyrine que l'on tassera avec force pour empêcher tout suintement. Le pansement sera renouvelé tous les deux jours.

Si l'opération a été pratiquée à froid, on pourra réunir la plaie aux crins de Florence, mais en ayant soin de drainer avec un tube de caoutchouc et une mèche de gaze ; on n'est

jamais certain de n'avoir pas semé quelques microbes en morcelant la glande chroniquement infiltrée.

Quant aux injections modificatrices antiseptiques faites à travers le canal excréteur, recommandées par des chirurgiens timides, nous ne les mentionnerons que pour les proscrire de la manière la plus formelle.

Bibliographie. — Sur la bactériologie des organes génitaux de la femme : DUJON (*Thèse de Paris*, 1897). — HALLÉ (*Thèse de Paris*, 1898). — MENGE et KRŒNIG (Bactériologie des gen. Kanals, Leipzig, 1897). — PILTZ (*Archiv. für Gyn.*, 1904, t. LXXII).

THROMBUS VULVO-VAGINAL (HÉMATOME DE LA VULVE)

On désigne sous ce nom un épanchement de sang collecté ou infiltré dans le tissu cellulaire de la vulve et du vagin.

Le thrombus vulvo-vaginal est *puerpéral* ou *traumatique*.

Le thrombus puerpéral est, de beaucoup, le plus fréquent : il survient chez les femmes atteintes de varices, surtout au moment du travail, sous l'influence des efforts d'expulsion, ou à la suite d'une exploration brutale, ou encore au cours d'une application de forceps.

Pendant la grossesse, il suffit, parfois, d'un coït un peu brutal, d'un effort de toux, de rire ou de défécation pour que l'hémorragie se déclare avec toutes ses conséquences.

Le sang s'épanche dans la grande lèvre qui devient énorme, violacée ; de là il peut fuser vers le périnée, le pubis, le vagin, la paroi abdominale, etc. La ou les tumeurs formées par le sang sont d'abord fluctuantes ou mollasses, puis résistantes et plus ou moins élastiques.

La *résolution* est une terminaison assez fréquente, mais elle n'est complète qu'au bout de plusieurs semaines. Si la poche est trop distendue, on peut voir survenir une *rupture* ; celle-ci se fait du côté de la muqueuse et s'accompagne d'une hémorragie externe, parfois inquiétante, mais rarement mortelle.

La terminaison par *suppuration* n'est pas rare ; si l'épanchement est peu considérable, il se forme un abcès circonscrit, qui évolue comme un abcès ordinaire. Dans le cas contraire, si l'hématome occupe non seulement la vulve, mais encore le pubis, le périnée, la fosse ischio-rectale, on assiste, parfois, à l'évolution d'un véritable *phlegmon diffus*, qui se termine généralement par la mort.

Enfin, le thrombus vulvo-vaginal s'accompagne quelquefois du *sphacèle* de la peau sus-jacente, complication extrêmement grave si l'épanchement est très considérable, car on voit presque toujours survenir des hémorragies formidables et des accidents d'infection qui emportent les malades.

Cliniquement, l'hématome vulvaire s'annonce par une douleur subite, plus ou moins vive, à la vulve, dont une des lèvres ne tarde pas à devenir le siège d'un gonflement considérable ; bientôt la peau change de couleur, se couvre d'ecchymoses qui se fusionnent pour former un placard violacé plus ou moins étendu. Dans les formes graves, le gonflement s'étend au périnée, dans la fosse ischio-rectale ou le long de la paroi vaginale correspondante ; ou bien il se porte en haut et en avant, gagne le pubis et la paroi abdominale. Sur toute la surface tuméfiée, la peau offre une teinte ecchymotique plus ou moins prononcée.

En dehors de la grossesse, le thrombus vulvaire succède toujours à un traumatisme : coup de pied, coup de corne, chute à califourchon, etc., enfin, il a été observé chez les jeunes mariées, à l'occasion des premiers rapprochements sexuels ; tel est le cas, très curieux, rapporté par M. MEKERTSCHIANSK et relatif à une vierge de dix-neuf ans, qui, à la suite d'une tentative infructueuse de coït, tomba dans un état syncopal alarmant occasionné par une hémorragie vulvo-vaginale. L'épanchement occupait la moitié droite de la vulve, le périnée, le mont de Vénus, la paroi latérale droite du vagin, la fosse ischio-rectale ; pendant plusieurs jours, la miction et la défécation furent impossibles. Malgré la sphacélisation d'une grande partie de la peau sus-jacente à l'épanchement, le malade finit par guérir [1].

1. MEKERTSCHIANSK (*Monats. für Geb. und Gynäk.*, 1899, t. IX, p. 341).

Le pronostic de l'hématome vulvo-vaginal dépend surtout de l'abondance de l'hémorragie ; en général, il est plutôt bénin, car les vastes épanchements se rencontrent assez rarement.

Le traitement a une très grande importance. La première condition à remplir, c'est de mettre le malade au repos le plus complet. Si la tumeur est limitée à la grande lèvre, on se bornera à faire un pansement ouaté compressif ; mais s'il y a menace de sphacèle ou si l'épanchement n'a aucune tendance à se résoudre, il sera plus sage de débrider la peau pour enlever les caillots et *pincer* les vaisseaux qui donnent du sang, après quoi la cavité sera tamponnée avec de la gaze aseptique. Pour empêcher l'infection toujours possible du foyer, on fera bien de constiper la malade pendant quelques jours et de vider la vessie par le cathétérisme. Dans le même but, le pansement sera renouvelé tous les jours et même deux fois par jour, s'il y a lieu. L'hématome vient-il à s'infecter, on procédera immédiatement à de larges débridements suivis de l'évacuation des caillots, du sang liquide et du pus ; les plaies seront désinfectées par d'abondants lavages à l'eau oxygénée étendue de moitié d'eau stérilisée. On assurera l'hémostase en pinçant les vaisseaux qui saignent et en tassant dans les cavités de la gaze stérilisée ou de la gaze à la ferripyrine. Le même traitement doit être appliqué en cas de gangrène de la peau qui recouvre l'hématome.

PRURIT VULVAIRE

Le prurit vulvaire est primitif ou symptomatique.

Le *prurit symptomatique* est de beaucoup le plus fréquent ; il peut être dû à une altération de la santé générale, telle que le *diabète*, l'*alcoolisme*, ou bien causé par une lésion locale, comme cela s'observe chez les femmes atteintes de *vulvite infectieuse*, d'*eczéma*, d'*excoriations*, de *parasites* (oxyures) ; enfin, il ne faut pas oublier que le *kraurosis* et le *cancer* vulvaire s'annoncent toujours par des démangeaisons intolérables.

La pathogénie du *prurit idiopathique* est des plus obscures; en fait de lésion, on ne trouve au niveau de la région vulvaire que des excoriations, des coups d'ongles dus au grattage. Tout permet donc de supposer que, chez ces malades, le prurit a pour point de départ un trouble du système nerveux central.

En général, le prurit essentiel a pour siège les grandes et les petites lèvres, le clitoris, le vestibule ; très souvent le clitoris est seul atteint ; enfin, chez certaines personnes, les démangeaisons se font aussi sentir sur le périnée et autour de l'anus. Fait important à noter, c'est surtout le soir, sous l'influence de la chaleur du lit, qu'éclatent les accès de prurit.

Le traitement du prurit symptomatique consiste à donner des soins à la cause provocatrice ; il variera donc avec chaque cas particulier.

Quant au prurit essentiel, il est souvent fort difficile d'en venir à bout. Les antispasmodiques (bromures, trional, chloral) échouent souvent ; on peut en dire autant des applications locales ordinairement employées, telles que vaseline cocaïnée, belladonée, morphinée, glycérine ichthyolée ; les topiques très chauds ou glacés ont parfois donné de bons résultats. Quelques chirurgiens ont conseillé le *nettoyage* du vagin, du col et de la vulve avec de l'eau chaude, du savon et une brosse, nettoyage mécanique suivi d'attouchements avec une solution de sublimé à 1 pour 1 000.

Dans certains cas tout à fait rebelles, l'*ablation du clitoris* et *des petites lèvres* a amené la guérison définitive de cette cruelle infirmité.

GANGRÈNE DE LA VULVE

La gangrène de la vulve peut survenir à la suite d'un traumatisme obstétrical grave ; beaucoup plus souvent elle apparaît à titre de complication dans le cours de certaines infections, telles que l'*érysipèle*, les *fièvres éruptives*, la *fièvre typhoïde*, etc. ; elle a alors une signification pronostique assez fâcheuse.

En fait de traitement, on s'efforcera d'enrayer les progrès de la mortification par des pansements antiseptiques ; mais il peut être utile de circonscrire le mal au moyen du thermocautère.

Depuis l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie, la gangrène de la vulve est devenue une rareté.

VÉGÉTATIONS VULVO-VAGINALES

Synonymie : *condylomes acuminés, crêtes de coq, végétations simples.* — Ces productions n'ont absolument rien à voir ni avec la syphilis, ni avec le cancer épithélial ; ce sont des papillomes, c'est-à-dire de petites tumeurs bénignes dues à l'hypertrophie des papilles de la peau et de la muqueuse vulvo-vaginale (*fig.* 95).



FIG. 95.
Végétations vulvo-vaginales.

Les irritations banales, la malpropreté, la grossesse sont des causes qui favorisent singulièrement le développement de ces végétations; mais c'est la blennorragie qui joue le rôle capital dans leur production. La contagiosité est admise dans une certaine mesure par la plupart des auteurs et l'auto-inoculabilité ne fait plus de doute pour personne.

Ces papillomes sont fréquents pendant la période d'activité génitale de la femme ; ils se rencontrent surtout chez les prostituées, qui, bien que se tenant « beaucoup plus propres que les autres femmes, ont beaucoup plus souvent la blennorragie ».

« Ces végétations sont presque toujours multiples et forment des masses végétantes plus ou moins étendues, d'apparence compacte et dues à la cohésion de tous les bouquets papillaires. Si on les sépare, on peut apercevoir les insertions isolées de tous les bouquets papillaires constitutifs. Les masses végétantes sont roses ou blanchâtres, molles, tantôt humides, sécrétant un liquide trouble et fétide, tantôt sèches, suivant les conditions d'humidité de la région ; elles sont peu douloureuses au toucher et se laissent écraser entre les doigts en donnant une sensation de crépitation et en saignant abondamment. Elles occupent toutes les parties de la vulve jusqu'à l'orifice du vagin, qu'elles ne dépassent guère. Les grandes et les petites lèvres, la partie voisine de la face interne des cuisses, le périnée, le pourtour de l'anus peuvent être envahis par ces végétations formant des bouquets isolés ou des groupes limités. Quelquefois tout est couvert d'une vaste nappe confluente de végétations hautes et cohérentes, dont la surface blanchie par la macération rappelle un large chou-fleur [1]. »

On a imaginé une foule de traitements contre les végétations génitales.

Si toute l'éruption se réduit à quelques bouquets isolés, le procédé le plus simple et le plus expéditif consiste à les exciser avec la pointe du bistouri ou avec des ciseaux fins, et leurs points d'implantation sont touchés au thermocautère ou avec une goutte d'acide chromique en solution concentrée (acide chromique, 1 gramme ; eau distillée, 10 grammes).

Dans les formes ordinaires, il est préférable de se servir d'un mélange à parties égales de poudre de sabine et d'acide salicylique, mélange que l'on peut additionner de 2 parties de talc pour atténuer l'irritation consécutive.

Mais, lorsque toute la vulve est couverte d'une nappe de végétations exubérantes au point de gêner la marche, le seul traitement logique est l'extirpation large sous le chloroforme. Avec le bistouri on excise rapidement tout le pla-

1. W. Dubreuilh (*Pratique dermatologique*, t. III, p. 637. Masson éditeur. 1902, Paris).

card au ras de la peau ; ensuite, avec la curette on s'efforcera de détruire les points d'implantation de ces tumeurs ; au lieu de la curette, il vaut peut-être mieux se servir du galvanocautère, qui garantit mieux contre la récidive. L'opération terminée, on appliquera un pansement humide très faiblement antiseptique (compresses stérilisées imbibées d'une solution de sublimé à 1 pour 3 000, ou même d'acide picrique en solution aqueuse saturée).

Chez les femmes enceintes, il vaut mieux attendre la fin de la grossesse, car on a plus d'une fois observé la régression spontanée de ces végétations après l'accouchement ; mais il est des cas où le volume des tumeurs impose l'excision immédiate.

Disons, en terminant, que, chez beaucoup de femmes, les soins de propreté seuls suivis de l'application de poudres inertes (talc, tannin) suffisent souvent à arrêter l'extension du mal.

ECZÉMA DE LA VULVE

« L'eczéma de la vulve, dit M. Besnier, est le plus souvent un *eczéma urinaire* par altération du liquide urinaire et, au premier rang, par la glycosurie, soit par toutes les autres altérations urinaires chimiques ou microbiennes, soit par infériorité constitutionnelle de la résistance normale de la peau.

« Avec une fréquence moindre, les écoulements vaginaux de toutes sortes peuvent provoquer également l'eczématisation. Le prurit y est intense et exaspéré par le contact des liquides urinaires, vaginaux ou utérins ; les gloméru-lites simples ou phlegmoneuses, les péri-folliculites pilaires ou sébacées secondaires y sont très communes ; l'œdème et l'épaississement y sont ordinaires et les lichénisations consécutives régulières.

« A l'état sordide et à un examen superficiel, l'ensemble des lésions peut simuler une éruption confluente de plaques muqueuses, et cela, d'autant mieux que, dans les mêmes

conditions, les deux processus peuvent être réunis — plaques muqueuses avec eczématisation secondaire ; — mais l'ambiguité, si elle existe réellement, cesse rapidement après un examen plus attentif et après que les surfaces ont été détergées.

« Le plus ordinairement, des soins appropriés, la toilette locale faite après chaque urination, les lotions coaltarées faibles, l'usage de la pommade à l'oxyde de zinc et la séparation des lèvres par des plaquettes de coton hydrophile simple ou de lin aseptique neutre, ainsi que la suppression du contact des linges mouillés d'urine amènent rapidement la guérison, si l'on a soin, d'autre part, de rechercher les altérations de l'urine et d'y apporter le remède adéquat.

« Dans les formes intenses, étendues, prurigineuses : cataplasmes de fécule, pansements mixtes résorcinés, pulvérisation avec les solutions de bicarbonate de soude ; lotions aseptiques simples ou coaltarées faibles ; immédiatement après, toutes les surfaces malades de contact, face interne et externe des grandes lèvres, fente vulvaire, etc., sont garnies de carrés fins de ouate hydrophile ou de lin aseptique neutre, le tout maintenu par un bandage en T à trois branches. Quand la leucorrhée coïncide avec une eczématisation vulvaire, le traitement de la forme particulière de métrite ou de vaginite dont la malade est atteinte est le premier élément de guérison. »

« Dans des cas plus rares qu'il n'a été dit, où aucune affection utérine, vaginale ou urinaire ne peut être décelée à un examen attentif et où l'eczématisation est exclusivement limitée à la vulve..... tous les moyens locaux et généraux applicables au *prurit vulvaire*, — lequel peut exister avec lichénisation ou lichénification sans eczématisation proprement dite, — peuvent être employés ;... mais nous réitérons avec force le conseil de faire, avant tout, le diagnostic exact de l'état utéro-vaginal et du chimisme urinaire, et de chercher surtout à combattre la *cause*. »

A toutes ces recommandations si magistralement formulées par M. BESNIER, nous ajouterons celle de se conformer minutieusement à toutes les règles de l'asepsie chirurgicale ; c'est parce que beaucoup de praticiens l'ignorent ou né-

gligent de l'observer avec toute la rigueur nécessaire, que les soins donnés à ces malades sont si souvent inefficaces.

HERPÈS DE LA VULVE

« Chez la femme [1], l'herpès génital est presque toujours symptomatique ; il se montre à l'occasion de la menstruation, d'une vaginite, d'un chancre syphilitique. M. FOURNIER a signalé ce fait, qu'une fois sur deux les chancres du col utérin s'accompagnaient d'une éruption herpétique vulvaire ; et il a insisté sur la nécessité d'examiner le col utérin chez toute femme atteinte d'herpès vulvaire. »

L'éruption peut être discrète, se traduire par quelques vésicules disséminés sur la peau des grandes lèvres ou sur la muqueuse du vestibule, des petites lèvres ; ou bien elle est confluente, et l'on voit une vaste nappe morbide occuper toute la vulve, qui est tuméfiée, rouge, suintante ; dans certaines formes intenses, le processus gagne la face interne des cuisses, le périnée, etc. Il va sans dire que le prurit y est intolérable ; parfois, il y a de véritables douleurs qui mettent obstacle à la marche et condamnent les patientes à l'immobilité absolue.

Le diagnostic est ordinairement aisé ; mais il est des cas où les érosions herpétiques simulent, à s'y méprendre, les *plaques muqueuses syphilitiques ;* il est alors impossible d'éviter l'erreur, si l'on n'a pas assisté à l'évolution successive des lésions.

Le traitement peut offrir des difficultés. Dans les formes bénignes, discrètes, il se réduit souvent à quelques soins de propreté ; mais les éruptions confluentes exigent une thérapeutique beaucoup plus active et parfois très compliquée. La malade sera mise au repos ; on prescrira des bains d'amidon, des lotions émollientes répétées plusieurs fois par jour avec la décoction de racines de guimauve, l'infusion de camomille additionnée de têtes de pavots ; dans l'intervalle

1. BESNIER (*Pratique dermatologique*, t. II, p. 293).

des lotions, la vulve sera recouverte de compresses de tarlatane très fine stérilisée et imbibée d'eau distillée bouillie tiède ou froide, suivant la susceptibilité des malades ; les cataplasmes de fécule de pommes de terre froids réussissent souvent très bien. Chez les personnes grasses, il est avantageux *d'interposer*, dans la profondeur des plis de la peau ou entre les lèvres de la vulve, des mèches de gaze enduites de vaseline stérilisée ; enfin, il est des malades chez lesquelles l'application des poudres inertes (talc, bismuth, oxyde de zinc, amidon, en parties égales) donnent les meilleurs résultats ; mais cette règle est loin d'être générale, aussi vaut-il mieux commencer par les pansements gras ou humides. On doit être également averti que, dans un grand nombre de cas, les applications froides agissent plus heureusement que les topiques tièdes ou chauds. La santé générale ne sera pas oubliée non plus : une ou plusieurs saisons à Uriage, à Luchon, à Saint-Gervais, à Schinznach sont souvent suivies des plus heureux résultats. L'huile de foie de morue, l'arsenic, les phosphates rendent aussi des services. Enfin, contre l'éréthisme nerveux, le valérianate d'ammoniaque, les bromures sont souvent très efficaces.

COCCYGODYNIE

La coccygodynie peut se définir : la *névralgie* du *coccyx ou de la région coccygienne*. C'est une affection assez rare.

Il existe une coccygodynie essentielle, *primitive*, ne s'accompagnant d'aucune lésion appréciable de l'os ou des organes voisins. Il s'agit bien alors d'une véritable névralgie.

Beaucoup plus souvent, la coccygodynie est *secondaire* et reconnaît pour origine une maladie de l'appareil utéro-ovarien. Cette forme est la seule qui nous intéresse.

On l'a donc observée chez les femmes atteintes d'endométrite, de déviations utérines, mais surtout dans les cas de rétroversion et de rétroflexion. Quelques auteurs l'ont signalée aussi à la suite d'accouchements laborieux, ou même pendant les dernières semaines de la grossesse ; dans

ce dernier cas, elle aurait pour cause la pression exercée par la tête du fœtus sur le plexus sacré.

Cliniquement, la coccygodynie se caractérise par une *douleur* extrêmement vive, parfois atroce, siégeant au coccyx ou dans son voisinage, douleur spontanée, mais exacerbée par la pression, la marche, la défécation, le coït, etc.

Le traitement varie avec la cause génératrice. Assez souvent, il suffira d'obtenir la guérison de l'affection provocatrice pour voir la coccygodynie disparaître définitivement. D'autres fois, au contraire, le mal résiste aux traitements les mieux conduits : antispasmodiques, faradisation, pointes de feu, vésicatoires, éthérisation, chlorure de méthyle, etc. Il faut alors se résoudre à extirper le coccyx.

ÉRYSIPÈLE DE LA VULVE

Certaines femmes présentent, au moment de leurs règles, des *poussées érysipélateuses*, qui se répètent à chaque période avec une régularité désespérante. Chose curieuse, la poussée peut revenir à la date habituelle, même en l'absence de tout écoulement sanguin.

Tous les traitements ont été essayés avec des résultats assez discordants : les applications antiseptiques fréquemment renouvelées constituent la méthode de choix : compresses imbibées de *liqueur de* Van Swieten pure ou étendue d'eau bouillie, vaseline ichthyolée, pulvérisations, frictions avec l'essence de térébenthine, etc.

ESTHIOMÈNE

Pour quelques auteurs, l'esthiomène ne serait qu'une forme de tuberculose, quelque chose comme le lupus de la vulve : c'est l'opinion transmise par Huguier, qui, le premier, décrivit cette lésion en 1849. D'autres pensent, au contraire, avec Taylor, Dubreuilh, etc., qu'il s'agit d'un

processus ulcéreux chronique, sans aucun caractère spécifique. Ce qui est certain, c'est que, pendant longtemps, on a décrit, sous cette étiquette, des lésions fort disparates, syphilitiques, tuberculeuses, épithéliomateuses, etc. Enfin, il y a quelques années, VERCHÈRE a publié un bon travail dans lequel il soutient que l'esthiomène n'est « qu'un mode de réaction des tissus ano-vulvaires déterminé par les affections les plus diverses », et il donne à cette lésion le nom de *sclérème ano-génital*.

L'esthiomène est une affection assez rare ; parmi les causes qui semblent y prédisposer, il faut surtout retenir la malpropreté, le traumatisme et la misère physiologique (prostituées, sodomites, vagabondes).

La maladie débute par une ulcération anfractueuse, à fond rouge violacé, blafard, à bords sinueux, indurés, pâteux, blanchâtres ; cette ulcération apparaît près de l'orifice uréthral entre les petites lèvres, ou bien à la fourchette et, de là, envahit progressivement le pourtour vulvaire, ou bien se porte du côté de l'anus. Au bout d'un certain temps, l'épaississement des bords augmente ; ceux-ci s'hypertrophient et masquent les parties ulcérées ; on aperçoit alors d'énormes grandes lèvres criblées de saillies verruqueuses, un clitoris formant une tumeur allongée et dure, etc. Toutes ces lésions donnent lieu à une suppuration abondante et assez fétide ; mais les hémorragies y sont très rares et, dans tous les cas, jamais inquiétantes par leur profusion.

L'esthiomène n'est pas une affection très douloureuse ; les élancements sont assez rares, du moins pendant longtemps ; le seul symptôme gênant est le *prurit*, qui, d'ailleurs, n'atteint jamais l'intensité de celui des kraurosis.

Mais l'état général finit par s'altérer : les malades maigrissent, perdent leurs forces, et, au bout d'un laps de temps qui varie de plusieurs mois à quelques années, succombent à la cachexie.

Le seul traitement vraiment efficace est l'excision de toutes les parties malades au bistouri ou au thermocautère.

On n'oubliera pas de soutenir la santé générale par des soins appropriés.

KRAUROSIS

Cette affection, très rare et encore mal connue, se caractérise anatomiquement par : 1° l'inflammation chronique du derme, suivie de sa sclérose totale avec disparition des papilles ; 2° la dégénérescence atrophique et la disparition des fibres élastiques ; 3° l'hyperkératinisation des couches superficielles de l'épiderme ; 4° une tendance remarquable à se transformer en épithélioma à globes cornés.

Les symptômes fonctionnels se réduisent à un très violent prurit qui marque le début des lésions, ensuite à des douleurs lancinantes à caractère névralgique ; dans l'intervalle des accès douloureux, les malades éprouvent, au niveau de la vulve, une sensation de tension et de sécheresse intolérables.

En examinant les parties atteintes, on constate « la rétraction atrophique des éléments de la vulve, qui prennent un aspect blanchâtre et cicatriciel ; les grandes et les petites lèvres tendent à se fusionner entre elles, à se transformer en bourrelets étroits et durs ; le clitoris se rétracte aussi, l'orifice du vagin se rétrécit progressivement ; on croirait, au premier abord, se trouver en présence d'un processus sclérodermique ». (RICHELOT.)

Le pronostic du kraurosis est sérieux, à cause de sa dégénérescence possible et fréquente en *cancer*.

Le seul traitement à recommander ne peut être que l'extirpation précoce et aussi large que possible.

C'est à BREISKI que l'on doit la première mention de cette curieuse maladie ; son mémoire a été publié en 1884.

Bibliographie. — MARS (*Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1898, p. 516). — GŒRDES (*Ibidem*, 1896, p. 305). — TRESPE a publié deux observations avec guérison définitive à la suite du traitement chirurgical (*Archiv. für Gynäk.*, 1902, t. LXVI). Voy. aussi JAYLE (*Revue de Pozzi*, 1910).

LEUCOPLASIE VULVAIRE

C'est une affection caractérisée, par l'existence sur la vulve et, beaucoup plus rarement, à l'entrée du vagin, de plaques blanches, opalines, analogues à celles de la leucoplasie linguale.

Ces plaques se développent sur la face interne des grandes lèvres, sur les petites lèvres, le clitoris, le vestibule ; elles prédominent plutôt à la région antérieure, débordant quelquefois sur la muqueuse vaginale, mais il est tout à fait exceptionnel de les voir siéger vers la partie profonde du vagin et sur le col utérin. Les placards se présentent avec les mêmes caractères que dans la cavité buccale, peut-être un peu plus de sécheresse et de rigidité.

Nous ne savons à peu près rien de la nature de cette maladie, et c'est sans preuves sérieuses qu'on a invoqué l'influence de la vérole, de la blennorragie, des vulvites, etc.

Le seul symptôme fonctionnel à retenir est le *prurit*, prurit d'abord léger et intermittent, mais qui finit par devenir permanent et dégénérer en véritables élancements douloureux.

La marche de cette affection est très lente, sans aucune tendance à la régression spontanée ; son pronostic est toujours sérieux, car la *transformation* en *cancer épithélial* n'a été que trop souvent signalée.

Le seul traitement à recommander est l'exérèse au bistouri, suivie de la réunion immédiate de la plaie aux crins de Florence.

TUMEURS DE LA VULVE

La vulve est le siège de tumeurs de nature fort disparate. On les distingue en *bénignes* et en *malignes*.

TUMEURS BÉNIGNES. — Elles sont *solides* ou *liquides*.

Tumeurs solides. — Les *kystes sébacés*, qui siègent dans la grande lèvre, ne méritent aucune mention spéciale. On les rencontre, d'ailleurs, assez rarement. Il faut les traiter par l'extirpation.

Le *molluscum pendulum* ou *fibroma molluscum* ou *nœvus mollusciforme* est une petite *tumeur fibreuse cutanée* qui se développe au niveau de la grande lèvre. Il se présente ordinairement sous l'aspect d'une masse arrondie ou allongée, très souvent pédiculée, mollasse, analogue à un petit sac vide ou à un grain de raisin desséché. En général, on trouve plusieurs de ces petits néoplasmes placés les uns à côté des autres.

Il peut arriver que le molluscum pendulum atteigne des dimensions considérables. On l'a vu se sphacéler, se détacher par suite de la mortification de son pédicule ou s'ulcérer en donnant lieu à des hémorragies graves. On a même prétendu qu'il pouvait se transformer en sarcome.

Tous ces accidents sont exceptionnels ; en général, il s'agit de tumeurs essentiellement bénignes, indolentes et qui ne peuvent devenir gênantes que par leur volume et leur siège, éventualité, d'ailleurs, assez rare.

Le traitement consiste à les exciser en circonscrivant leur pédicule par une incision elliptique, qui est ensuite réunie au moyen de quelques points de suture [1].

Les *tumeurs fibreuses* se rencontrent assez rarement à la vulve. On admet généralement que le *fibrome pur* se développe aux dépens du périoste de la branche ischio-pubienne, tandis que le *fibro-myome* proviendrait de la portion terminale du ligament rond ; en réalité, on est très peu fixé sur le point de départ de ces néoplasmes.

En général, ils se présentent sous la forme de tumeurs arrondies ou pyriformes, irréductibles, de consistance ferme, mobiles sous la peau de la grande lèvre, dans laquelle elles sont logées ; leur volume ne dépasse guère celui d'une pomme ; elles sont souvent pédiculées. Leur indolence est

1. GELDNER a rapporté l'observation d'un fibroma molluscum gros comme une tête d'adulte et fixé à la partie inférieure de la grande lèvre droite (*Thèse de Greifswald*, 1897).

absolue. Quant aux *fibro-myxomes* ou aux *myxomes purs*, ils se distinguent des précédents par leur consistance qui est moins ferme et, parfois même, franchement molle ou pseudo-fluctuante. JIELEWICZ a rapporté un exemple de *fibrome kystique* de la grande lèvre, qui mesurait 50 centimètres de circonférence.

Beaucoup plus rarement, ces tumeurs fibreuses occupent la petite lèvre. BURGIO a publié un cas de fibromyome typique gros comme un œuf de pigeon et siégeant sur le bord libre de ce repli.

Citons aussi l'observation, relatée par THOMAS (de Brandebourg), d'un fibrome gros comme une prune, situé entre l'urèthre, la petite lèvre et la paroi vaginale, chez une vierge de dix-sept ans.

Nous devons aussi une mention aux *lipomes* de la vulve, tumeurs rares qui se développent dans la couche graisseuse du pubis ou des grandes lèvres. On en a décrit d'énormes [1].

Tumeurs liquides. — Ce sont les plus fréquentes et les plus intéressantes. On distingue l'hydrocèle enkystée de la grande lèvre, les kystes de la glande de BARTHOLIN et les kystes des petites lèvres.

L'*hydrocèle enkystée de la grande lèvre* ou *kyste du canal de* NUCK est une collection liquide développée aux dépens du canal de NUCK que l'on voit persister chez quelques femmes. Elle affecte la forme d'une tumeur ovoïde, régulière, fluctuante, indolente, qui occupe la partie antérieure ou supérieure de la grande lèvre. Son volume varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de dinde ; elle est ordinairement irréductible, sauf quand il y a persistance du canal vagino-péritonéal.

Le kyste du canal de NUCK se comporte comme une

1. La vulve peut être le siège de *tumeurs à tissus multiples*. Entre autres exemples nous citerons l'observation que vient de publier M. FORNERO, observation relative à une femme de 43 ans, porteuse d'une tumeur grosse comme une noix, à surface lobulée et développée aux dépens de la grande lèvre droite. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *adéno-épithélio-mélano-sarcome*, variété extrêmement rare et dont on ne connaît que quelques cas.

tumeur bénigne, qui peut devenir gênante par son volume. Parfois il s'enflamme et alors simule l'étranglement herniaire.

Les *kystes de la glande de* BARTHOLIN sont des tumeurs liquides par rétention, dues à l'oblitération des conduits excréteurs, oblitération très vraisemblablement provoquée par une infection chronique (blennorragie). La paroi du kyste est mince, fibreuse, et son contenu visqueux jaunâtre ou teinté de sang (*fig.* 96).

Le kyste se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, régulière fluctuante, mate à la percussion, indolente, irréductible, occupant la partie postérieure et inférieure de la grande lèvre, mais en arrière de celle-ci, entre le vagin et l'ischion.

FIG. 96.
Kyste de la grande lèvre.

Ce sont des néoplasmes essentiellement bénins, gênants seulement par leur volume et exposés à s'infecter et à devenir le siège d'une inflammation aiguë.

On a décrit aussi dans la grande lèvre des *kystes congénitaux*. Les uns sont des *kystes dermoïdes;* les autres seraient des *collections séreuses* d'origine *wolffienne* ou *gärtnérienne*, bien que les canaux de WOLFF et de GÄRTNER n'arrivent jamais jusque dans cette région.

Les *kystes* des *petites lèvres* sont beaucoup plus rares que les tumeurs que nous venons de passer en revue. Il s'agit presque toujours de *kystes sébacés* ou *kystes muqueux* formés aux dépens des petites glandes muqueuses de la face interne de ces replis.

Toutes ces productions sont bénignes, indolentes ; mais, en augmentant considérablement de volume, ce qui est rare, elles peuvent gêner la marche et surtout les rapports sexuels.

Toutes les tumeurs de la vulve doivent être traitées par

l'extirpation au bistouri. On a essayé de guérir les kystes par la ponction suivie d'injections modificatrices ; l'expérience a prouvé qu'il vaut infiniment mieux évacuer la collection et procéder ensuite à l'ablation complète de la paroi kystique. Comme on se trouve en présence d'une région très vasculaire, il est très important de *lier séparément tous les vaisseaux qui saignent ;* c'est par ce moyen qu'on préviendra la formation d'hématomes et l'infection de la plaie opératoire. C'est dans le même but que nous conseillons de placer un petit drain à l'angle inférieur de l'incision, dont les lèvres sont réunies par des points séparés aux crins de Florence.

TUMEURS MALIGNES. — Les tumeurs malignes *primitives* de la vulve sont l'*épithélioma*, le *sarcome* et le *périthélioma*.

Épithélioma ou cancer proprement dit. — Le cancer *primitif* de la vulve, affection rare, s'observe surtout entre quarante et soixante ans ; cependant on a rapporté des exemples relatifs à des femmes jeunes et même à des fillettes. Tous les cas étudiés par M. RICHELOT concernaient des femmes âgées de plus de soixante ans.

Toutes les parties constituantes de la vulve peuvent servir de point de départ à la malade. Mais, dans la majorité des cas, la tumeur prend naissance dans la grande lèvre ou dans le sillon interlabial, c'est-à-dire dans le sillon qui sépare la grande lèvre de la petite ; après avoir envahi ces replis, le mal gagne le vestibule, le clitoris, la fourchette, le vagin (*fig.* 44), etc. Cependant on l'a vu débuter par le pourtour du méat urinaire, par la glande de BARTHOLIN ou par le clitoris. Grâce aux recherches de M. JACOBY, nous savons qu'il existe dans la littérature médicale 40 observations d'épithélioma clitoridien primitif [1].

1. Nous ne saurions passer sous silence un exemple de *cancer primitif de la glande* de BARTHOLIN observé par FABRICIUS chez une femme de 49 ans. L'ablation de la tumeur fut suivie d'une récidive bilatérale dans les ganglions inguinaux ; l'exérèse de ceux-ci fut encore suivie d'une repullulation dans la grande lèvre ; la malade fut encore opérée, mais elle fit une nouvelle récidive dans les ganglions iliaques externes ; nouvelle intervention à laquelle succéda une repullulation dans les ganglions pelviens (*Société d'obst. et de gynécologie*, 1909).

Il s'agit presque toujours d'un *épithélioma pavimenteux lobulé* ou *tubulé*. On a signalé aussi quelques cas de *carcinome.*

Cliniquement, l'affection débute par un prurit vulvaire atroce, et bientôt apparaît un nodule induré qui saigne au moindre contact. Les douleurs ne commencent à se manifester que lorsque le mal a pris une certaine extension. Enfin, la santé générale finit par s'altérer, et les malades succombent dans le marasme, au bout d'un laps de temps qui varie de un à trois ans, rarement davantage. L'adénopathie inguinale ne manque jamais.

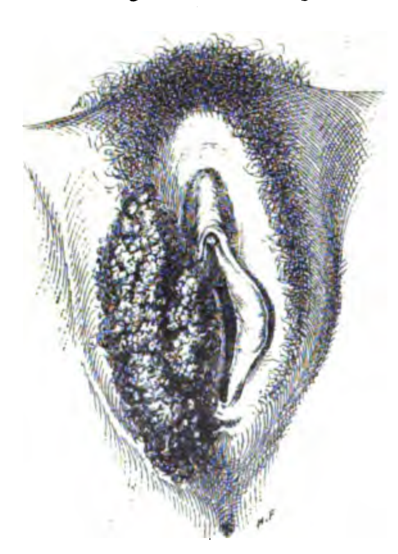


Fig. 97. — Cancer de la vulve.

L'aspect des lésions est trop caractéristique pour que le diagnostic puisse présenter de sérieuses difficultés. Néanmoins le secours du microscope est quelquefois nécessaire pour mettre un terme aux doutes du chirurgien.

L'envahissement des lymphatiques est précoce, mais la généralisation est rare.

Le seul traitement efficace est l'extirpation, qui doit être aussi large que possible et surtout précoce. A la suite de ces interventions, la perte de substance est souvent trop considérable pour qu'on puisse recourir à des sutures; il est préférable de laisser la plaie se combler par bourgeonnement.

D'après la plupart des auteurs, la récidive est à peu près fatale ; cependant Rupprecht (1912) déclare qu'elle ne survient que dans 40 0 /0 des cas opérés; cet auteur a observé des survies de 7, 12, 13, 15, 18, 21 et 27 ans. Sa statistique comprend 35 cas opérés.

Les causes de l'épithélioma vulvaire sont encore inconnues, mais on a remarqué que la *leucoplasie génitale* et le *kraurosis* jouaient le rôle de lésions prédisposantes. Aussi M. Butlin conseille-t-il de traiter les plaques leucoplasiques toujours par l'excision.

Le **sarcome de la vulve** paraît être plus rare que l'épithélioma, et son évolution clinique ne diffère pas sensiblement de celle du cancer épithélial. Driessen en a observé un chez une femme de quarante-quatre ans ; la tumeur, grosse comme une pomme, était reliée par un pédicule sur la petite lèvre droite ; les ganglions inguinaux étaient indemnes. On a rapporté aussi des observations de *mélano-sarcome*, de *myxo-sarcome*, etc.

Périthélioma de la grande lèvre. — D'après M. Schmidlechner, qui vient d'en publier un cas, le périthélioma vulvaire ne serait autre chose qu'un sarcome globo-cellulaire formé aux dépens de l'endothélium des espaces lymphatiques péri-capillaires.

Le seul traitement qui convienne au sarcome de la vulve est l'ablation aussi large et précoce que possible.

PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URÉTHRALE

Les causes réelles de cette affection ne sont pas connues ; mais il est vraisemblable que la multiparité et surtout les cystites et uréthrites répétées favorisent son développement ; on a incriminé aussi la masturbation avec un objet rigide. D'après les auteurs qui ont eu l'occasion de l'étudier (Kleinwachter, Broca, Simpson, etc.), cette infirmité s'observerait aux âges extrêmes de la vie, chez les petites filles et chez les vieilles femmes.

Le prolapsus se caractérise sous la forme d'une tumeur mollasse, ridée, sillonnée de plis, faisant, hors du méat, une saillie plus ou moins considérable suivant que le décollement de la muqueuse est partiel ou total. Cette saillie, dont le

volume ordinaire est celui d'une cerise ou d'une mirabelle, a une teinte rouge ou même violacée ; elle est réductible au moins pendant un certain temps et saigne au moindre attouchement. La douleur y est souvent très vive, mais elle peut faire complètement défaut. L'hémorragie est un symptôme constant, mais sans gravité.

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale n'a aucune tendance à la régression. Comme complications possibles, on a noté l'infection, l'étranglement et le sphacèle.

Le traitement consiste à réséquer au bistouri la partie la plus saillante de la tumeur et à suturer le bord cruenté au pourtour du méat.

Dans les cas très légers, il peut suffire de quelques lotions astringentes pour amener la guérison.

Le diagnostic n'est pas difficile; la seule affection avec laquelle on pourrait le confondre sont les *polypes intra-uréthraux*. MM. Singer et Chrobak ont publié, en 1898, un travail original très complet comprenant 8 observations inédites (*Monat. für Geb. und Gyn.*, 1898, t. VIII, p. 373).

MALADIES DU VAGIN

VAGINITES

Étiologie et pathogénie. — La vaginite est l'inflammation du vagin, et nous savons aujourd'hui que cette inflammation est toujours le résultat d'une affection.

Dans la grande majorité des cas, la vaginite est de *cause externe*, c'est-à-dire qu'elle se développe sous l'influence de microorganismes venus du dehors. De tous ces microorganismes le plus fréquemment incriminé, le plus intéressant est le *gonocoque de* NEISSER, *agent spécifique de la blennorragie ;* c'est donc à un *coït septique* que sont dues la plupart des vaginites ; nous disons la plupart, car il est bien établi maintenant que toutes les vaginites blennorragiques ou plutôt *gonococciques* ne sont pas d'origine vénérienne : les vulvo-vaginites des vierges et des petites filles en fournissent la preuve, car il serait absurde d'invoquer le viol pour tous les cas. Chez ces malades, le gonocoque s'inocule par l'intermédiaire de linges contaminés, de certains objets de toilette, tels que éponges, canules, irrigateur, bassins, etc.; la malpropreté, une hygiène défectueuse, l'onanisme, etc., favorisent l'action du microorganisme spécifique.

Dans un nombre de cas assez restreint, la vaginite est de *cause interne*, c'est-à-dire qu'elle apparaît à titre de complication pendant les suites de couches ; elle reconnaît alors pour cause une infection partie de l'utérus puerpéral. Il ne faudrait pas confondre cette vaginite due aux germes pyogènes (streptocoques et staphylocoques) avec la *vaginite* dite des *femmes enceintes*, qui est occasionnée par le réveil

d'une vieille gonorrhée que l'on avait cru définitivement guérie.

Enfin, il est un assez grand nombre de vaginites qui ne paraissent pas dépendre du gonocoque de NEISSER, et sur la nature desquelles les auteurs ne se sont pas encore mis d'accord. Pour les uns, elles seraient dues au réveil de la virulence des *saprophytes vaginaux* ordinairement inoffensifs, réveil favorisé par certaines causes occasionnelles, telles que la masturbation avec ou sans corps étrangers, le séjour prolongé d'un pessaire, les excès vénériens, l'équitation, etc. D'autres pensent, au contraire, que pessaires et corps étrangers, introduits dans un but lubrique, agissent par les microorganismes qu'ils déposent à la surface de la muqueuse vaginale ; et, d'ailleurs, rien ne prouve que ces germes venus du dehors ne sollicitent pas la virulence endormie des hôtes normaux du conduit vaginal. D'après RICHELOT, « le voisinage de l'anus explique des vaginites non vénériennes et souvent difficiles à comprendre ; on y trouve le coli-bacille ; nous avons vu ce microorganisme chez des femmes restées à l'abri des influences génitales, mais qui avaient des lésions de la marge de l'anus, d'anciennes déchirures imparfaitement réparées, un peu d'incontinence fécale, etc. » Citons, en terminant, la *vaginite des vieilles femmes*, qui paraît due à la malpropreté, à une hygiène défectueuse, peut-être aussi aux influences de l'herpétisme.

Le vagin peut-il s'infecter au cours de certaines pyrexies, telles que la dothiénentérie, les fièvres éruptives, etc. ? On ne trouve, dans la littérature médicale, aucun exemple qui autorise à répondre par l'affirmative.

Nous devons aussi une mention aux *vaginites d'origine utérine*, c'est-à-dire que la muqueuse vaginale peut s'infecter par des sécrétions septiques émanées de l'utérus atteint d'endométrite. Il s'agit là d'un mécanisme pathogénique encore mal connu, mais très vraisemblable, et ce qui le prouve, c'est la disparition de la vaginite dès que l'endométrite causale est guérie.

En terminant, rappelons que l'*état puerpéral* s'accompagne parfois d'infections vaginales graves, de *vaginites septiques* avec mortification partielle de la paroi du canal : la forme

la mieux caractérisée est la *périvaginite aiguë disséquante* des auteurs allemands, affection encore très imparfaitement connue.

Anatomie pathologique. — Dans la *vaginite aiguë simple*, la muqueuse vaginale est tuméfiée, humide, d'un rouge uniforme et comme vernissé ; elle est recouverte d'une nappe muco-purulente plus ou moins abondante suivant les cas.

A un degré plus avancé, on a la *vaginite aiguë granuleuse*, caractérisée par l'hypertrophie des papilles qui hérissent la surface de la muqueuse de saillies d'un rouge vif, simples ou agglomérées ; dans certains cas, ces granulations forment de véritables placards, très variables comme étendue. Chez certaines femmes, l'intensité de l'inflammation est telle que l'on voit apparaître, sur la muqueuse, des vésicules remplies de sérosités ou des pustules purulentes dont la rupture laisse une petite ulcération ; d'autres fois, la violence du processus se manifeste par la production d'une desquamation épithéliale en plaques ; de là les dénominations de vaginites *vésiculeuse*, *pustuleuse*, *exfoliante*, etc. Nous avons déjà parlé de la *vaginite gangréneuse* ou *périvaginite aiguë disséquante*, qui surgit au cours de certaines pyrexies graves, de l'infection puerpérale, de l'infection blennorragique suraiguë, etc.

Dans la *vaginite chronique*, le derme de la muqueuse est épaissi et infiltré, les papilles hypertrophiées forment des plaques plus ou moins saillantes, plus ou moins étendues ; la surface de la muqueuse présente une coloration uniforme rouge sombre, sur laquelle se détachent, en une teinte plus foncée, les placards papillomateux dont nous venons de parler. La desquamation épithéliale y est très active et donne lieu à une leucorrhée extrêmement abondante, mélangée de sécrétions franchement purulentes. Dans certains cas, on distingue des zones constituées par des amas de follicules lymphatiques hypertrophiés (*vaginite folliculaire*), ou bien des exsudats pseudo-membraneux qui s'éliminent en se mélangeant aux sécrétions leucorrhéiques (*vaginite pseudo-membraneuse*) ; enfin, chez certaines malades, sur-

tout au cours de la grossesse, on observe une vaginite spéciale, caractérisée par la présence d'une foule de petites cavités kystiques, dont la rupture laisse après elle une petite ulcération : c'est à cette forme qu'on a donné le nom de vaginite *emphysémateuse* ou *pachy-vaginite kystique*. Il s'agit là d'un type clinique assez rare.

Symptômes et diagnostic. — La *vaginite aiguë* s'annonce par une tension douloureuse, accompagnée de chaleur et de prurit, souvent même de ténesme vésical et rectal ; presque en même temps, la malade commence à perdre un liquide d'abord séreux, assez clair, mais qui ne tarde pas à se transformer en un écoulement franchement purulent, jaune verdâtre, épais, d'odeur fade. Cette leucorrhée purulente est extrêmement irritante ; en se répandant hors du canal vaginal, sur la vulve, le périnée et les cuisses, elle ne tarde pas à provoquer l'apparition d'érythèmes, surtout dans les plis génito-cruraux et sur le périnée.

L'examen local est ordinairement fort pénible, parfois impossible à cause de l'extrême sensibilité de la muqueuse enflammée ; il faut attendre quelques jours avant de pouvoir introduire un spéculum et se rendre compte de l'état du museau de tanche : on le trouve alors presque toujours rouge, congestionné, souvent criblé d'érosions superficielles ; la muqueuse intra-utérine ne tarde pas à se prendre à son tour, et la vaginite se complique alors d'endo-cervicite ou d'endométrite totale. Ajoutons que l'uréthrite ne manque presque jamais, si l'infection est d'origine blennorragique, ce qui est le cas le plus fréquent. Telle est l'évolution ordinaire de la vaginite aiguë. Dans les formes très intenses, il y a de la fièvre, de l'agitation nocturne et quelques troubles digestifs.

Au bout de huit à dix jours, il se produit une détente : la sensibilité de la muqueuse, les sensations de brûlures, le ténesme vésical diminuent ; l'écoulement devient moins abondant et plus séreux ; le toucher vaginal est mieux supporté et l'introduction du spéculum, quoique douloureuse encore, est possible ; mais il faut plusieurs semaines pour que l'inflammation soit complètement éteinte.

Au cours de la vaginite aiguë, on a noté quelques complications, les unes peu graves : adénite inguinale, adénite pelvienne, endométrite ; les autres sérieuses : salpingo-ovarites, pelvi-péritonites.

La vaginite chronique se caractérise surtout par l'abondance des sécrétions : il y a une véritable leucorrhée, tantôt muco-purulente, tantôt franchement purulente, accompagnée d'une desquamation épithéliale ordinairement très active. Les malades se plaignent aussi d'éprouver de la pesanteur périnéale, des sensations de chaleur, de prurit dans l'intérieur du canal, mais la douleur proprement dite fait ordinairement défaut.

Au point de vue du pronostic, il ne faut pas considérer la vaginite comme une affection négligeable, car elle constitue la première étape des infections annexielles ; on peut dire que la plupart des salpingo-ovarites ont eu à leur origine une infection de la muqueuse vaginale.

Le diagnostic n'offre aucune difficulté ; inutile d'y insister ; mais ce qu'il ne faut pas oublier de faire, c'est le *diagnostic des complications ;* en présence d'une femme atteinte de vaginite, le premier soin du praticien doit être de s'assurer de l'état des annexes et du péritoine pelvien. Ces considérations ont une grosse importance au point de vue du traitement à instituer.

Traitement. — Il s'en faut que le même traitement convienne à toutes les formes de l'infection vaginale.

Dans les cas *très aigus*, avec fièvre, douleurs vives, agitation, insomnie, c'est le repos et les topiques calmants qui feront tous les frais du traitement. La malade sera tenue au repos le plus complet, au lit ; on lui fera prendre de grands bains tièdes, des bains de sièges prolongés ; avec beaucoup de ménagements, le médecin pourra administrer lui-même des injections vaginales chaudes préparées avec une infusion de racines de guimauve ; l'usage des antiseptiques est, à cette phase de la maladie, rigoureusement interdit. Pour calmer la douleur locale, les sensations de brûlure si pénibles, parfois même atroces, on prescrira des suppositoires calmants dont voici une bonne formule :

Beurre de cacao..................	2 gr.
Chlorhydrate de morphine.........	1 centig.
Ext. de belladone.................	3 —

ou des petits lavements laudanisés à l'antipyrine, d'après la formule suivante :

Antipyrine.......................	2 gr.
Laudanum.......................	X gouttes
Eau bouillie......................	150 gr.

(*A donner en deux fois.*)

que la malade devra garder. Les grands lavements évacuateurs, les laxatifs (eau de Birmenstorf, de Rubinat) ne doivent pas non plus être oubliés, ils apportent un très réel soulagement. Enfin, l'alimentation sera aussi légère que possible (lait et laitages, œuf, potages, grogs, etc.).

Dès que les symptômes aigus se seront amendés, les irrigations vaginales faiblement antiseptiques sont, au contraire, très utiles ; on donne généralement la préférence au *permanganate de potasse* (en solution aqueuse à 1 pour 2 ou 3.000) ; l'eau oxygénée très étendue (200 grammes d'eau oxygénée à 12 volumes pour 1 litre d'eau bouillie), le protargol en solution aqueuse (à 1 pour 1000) donnent également de bons résultats. Ces irrigations vaginales doivent être tièdes, très abondantes (2 à 3 litres chaque fois) et répétées deux et même trois fois par jour. On se servira d'un récipient en tôle émaillée ou mieux encore en verre, d'une canule en verre et d'un tube de caoutchouc neuf ; il faut prendre la précaution de soumettre tous ces objets à une désinfection rigoureuse avant de s'en servir pour la première fois.

Comme la vaginite blennorragique se complique souvent d'uréthrite de même nature, on recommandera d'user avec profusion des différentes boissons rafraîchissantes (tisanes de stigmates de maïs, de chiendent, de queues de cerises), de certaines eaux minérales, comme Evian, Vittel, Vals, mais on se gardera d'instituer le moindre traitement local avant la rémission des symptômes les plus aigus.

Dans l'intervalle des irrigations vaginales, le matin et le soir, on pansera les parois du vagin avec des mèches de

gaze stérilisée imbibée de *glycérine au tannin* (tannin, 10 grammes ; glycérine neutre, 100 grammes) et introduites dans la cavité vaginale, jusqu'au contact du museau de tanche, au moyen du spéculum ; c'est un excellent moyen de combattre les sécrétions exagérées de cette muqueuse.

La vaginite négligée ou mal soignée passe souvent à l'état chronique ; on pourra recourir aux irrigations antiseptiques dont nous venons de parler. Mais, chez ces malades, le topique par excellence est le *nitrate d'argent :* deux badigeonnages par semaine, avec une solution aqueuse à 1 pour 100 ou même 1 pour 50, suffisent ordinairement à amener la guérison au bout de quinze à vingt jours. Dans l'intervalle de ces badigeonnages, la cavité vaginale est pansée avec de la gaze imbibée de glycérine au tannin, sans parler des irrigations faiblement antiseptiques que l'on administre matin et soir.

Les *vaginites chroniques fétides* des *vieilles femmes* réclament un traitement très minutieux : tous les matins et tous les soirs, injections vaginales chaudes très abondantes ; après chaque injection, attouchements de la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 50. Entre ces séances, les parois du vagin seront maintenues écartées au moyen de lanières de gaze salolée ou iodoformée dont on bourrera la cavité vaginale. Il ne faut pas oublier que cette vaginite sénile fétide coexiste souvent avec une métrite de même nature, qui exige aussi des soins énergiques.

Quant aux *vulvo-vaginites* des *petites filles*, leur traitement ne diffère sensiblement pas de celui que nous avons formulé pour celle des adultes ; mais on emploiera des solutions et des topiques infiniment moins énergiques.

Il nous reste à dire quelques mots de la *vaginite disséquante* ou *gangréneuse*, détermination locale d'un état septicémique ordinairement fort grave. On commencera par exciser les eschares peu adhérentes ; les foyers purulents, s'il y en a, seront évacués par des débridements assez larges pour permettre le libre écoulement du pus. Les irrigations continues pendant cinq ou six heures tous les jours, avec de l'eau bouillie faiblement antiseptisée (2 cuillerées à soupe d'eau oxygénée pour 1 litre d'eau bouillie) donnent d'excel-

lents résultats. L'irrigation terminée, la cavité vaginale sera tamponnée avec des lanières de gaze salolée, ou de gaze simple imbibées d'eau picriquée (solution saturée d'acide picrique coupée de 2/3 d'eau bouillie).

Les *vaginites non blennorragiques* (vaginite au cours de la puerpéralité, vaginites saprophytiques consécutives à l'onanisme, etc.), sont infiniment moins rebelles aux traitements que nous avons déjà indiqués (repos, calmants pendant la phase aiguë ; injections antiseptiques, tamponnements glycérinés au tannin, etc.).

CORPS ÉTRANGERS DU VAGIN

On a trouvé dans le vagin les objets les plus disparates et les plus inattendus. Parfois, le corps étranger y avait été placé dans un but thérapeutique, puis oublié : tel est le cas des pessaires, tampons, canules, etc., que l'on découvre par hasard, à l'occasion d'un toucher ou d'un examen au spéculum. Dans le vagin d'une femme de soixante ans, nous avons trouvé deux pessaires de Dumontpallier, grand modèle, oubliés depuis une dizaine d'années. La malade était venue consulter pour des pertes purulentes profuses mêlées de sang ; elle ne se souvenait plus de ce qui s'était passé autrefois, et sa surprise fut extrême à l'aspect des deux objets recueillis dans son vagin. Ces pessaires, transformés en anneaux durs comme du bois, avaient profondément ulcéré les parois vaginales auxquelles ils adhéraient intimement. Il fallut recourir à quelques débridements pour les dégager ; leur extraction entraîna la chute de quelques eschares qui, à leur tour, provoquèrent une hémorragie assez abondante.

Beaucoup plus souvent les corps étrangers sont introduits dans un but lubrique ou encore pour interrompre le cours d'une grossesse compromettante : étuis de bois, porte-plumes, crayon, épingles, flacons, pots à pommade, tout a été essayé avec plus ou moins de bonheur.

Certains corps étrangers sont parfaitement supportés

pendant des mois et même des années; mais la tolérance ne saurait être indéfinie ; à un moment donné, les accidents éclatent plus ou moins bruyamment. En général, c'est la douleur et les pertes fétides qui attirent l'attention, et, à l'examen, on constate la présence d'un véritable phlegmon de la paroi ou bien des ulcérations baignant dans le pus. C'est le toucher qui renseigne sur le point de départ de ces symptômes. D'autres fois, ce sont de petites hémorragies répétées, accompagnées d'une leucorrhée abondante, qui décident la patiente à consulter un médecin ; dans certains cas, enfin, il y a des pertes involontaires d'urine ou de l'incontinence des matières fécales ; on se trouve alors en présence de véritables fistules urinaires ou stercorales produites par la chute d'une eschare, qui a mis plusieurs semaines et même plusieurs mois à évoluer.

Le traitement des désordres provoqués par le séjour de corps étrangers dans le vagin n'est pas toujours aisé. La première indication est d'extraire l'objet, cause des accidents ; les doigts peuvent suffire, autrement on se servira du spéculum, ou, mieux encore, de valves maintenues par des aides. Dans certains cas, on est obligé de recourir à des débridements multiples pour arriver à dégager certains corps volumineux et irréguliers, ou trop adhérents. Le *corpus delicti* éloigné, les lésions infectieuses, ulcérations, érosions seront traitées par des irrigations antiseptiques ; le tamponnement du vagin sera fait avec de la gaze salolée ou protargolée. Quant aux fistules vésico-vaginales et vagino-rectales, on leur appliquera le traitement que nous indiquons ailleurs (Voyez p. 234).

TRAUMATISMES DE LA VULVE ET DU VAGIN [1]

Étiologie. — On peut les diviser en : traumatismes *accidentels* et traumatismes *chirurgicaux.*

1. Nous n'avons pas à nous occuper ici des *traumatismes d'origine obstétricale.*

Traumatismes accidentels. — La plupart des plaies et déchirures de la vulve et du vagin sont dues à des violences venues du dehors, telles que coups de pied, morsures, chutes à califourchon sur des corps pointus ou étroits (dossier d'une chaise, rebord d'une baignoire, etc.). Il y a aussi les *accidents du coït* consécutifs au viol, à la défloration ou même occasionnés par des rapports sexuels consentis, mais effectués avec brutalité.

Rien de plus variable que l'étendue et la gravité des lésions déterminées par les traumatismes, car, entre la simple plaie contuse de la grande lèvre et la déchirure du vagin sur toute sa longueur, on a noté tous les intermédiaires. Ce sont les accidents du coït qui ont donné lieu aux désordres les plus inattendus. Nous avons déjà relaté l'histoire de la jeune fille qui présenta un thrombus vaginal exceptionnellement grave à la suite d'une tentative de coït consentie, mais infructueuse (Voyez *Thrombus vulvo-vaginal*, p. 188). SKROBANSKI a rapporté l'observation d'une jeune femme de vingt-deux ans, à qui son mari infligea, la nuit même de ses noces, une déchirure presque complète du périnée. D'autres ont mentionné des faits de perforation complète du cul-de-sac vaginal postérieur, des exemples de dédoublement de la cloison recto-vaginale par un pénis trop volumineux. Pour plus amples détails, nous renvoyons le lecteur à l'important mémoire publié par M. le professeur NEUGEBAUER (de Varsovie)[1] sous le titre suggestif de : *Venus cruenta violans interdum occidens ;* on y verra que plus d'une fois la mort a été le résultat d'un coït exceptionnellement brutal.

Traumatismes chirurgicaux. — Ils sont plus rares et généralement moins graves que les précédents. Nous citerons, comme exemples, les *éraillures* de la *vulve*, produites par la pression prolongée des valves, au cours de certaines opérations pratiquées sur l'utérus ; les *eschares* du *vagin*, déterminées par le séjour des pinces à demeure après l'hys-

1. NEUGEBAUER, Venus cruenta violans interdum occidens (*Monatsschrift für Geburts. und Gynäkologie*, 1899, t. IX, p. 221).

térectomie vaginale ; les *déchirures* causées par la dilatation brusque dans le traitement du vaginisme, etc.

Symptomatologie générale. — Les traumatismes de la vulve et du vagin se manifestent par deux symptômes principaux, la *douleur* et l'*hémorragie*.

La douleur est extrêmement variable comme intensité ; parfois insignifiante, elle peut, dans certains cas, être accusée au point d'amener la syncope ; en général, ce sont les plaies contuses par pression ou par écrasement qui causent les douleurs les plus vives, surtout lorsque le traumatisme intéresse la vulve.

L'abondance de l'hémorragie est également très variable : elle dépend de la vascularité de la région atteinte ; dans certains cas, la quantité de sang épanché est telle qu'on assiste à la formation d'hématomes occupant la grande lèvre, le pubis, le périnée, la fosse ischio-rectale et même la paroi abdominale antérieure ; nous avons déjà parlé de ces accidents à propos du thrombus vulvo-vaginal (Voyez p. 188) ; d'autres fois, le sang s'écoule au dehors, ou bien suinte dans la cavité péritonéale, s'il s'agit d'une plaie pénétrante des culs-de-sac vaginaux. La mort a été plus d'une fois la terminaison de certaines hémorragies incoercibles.

Parmi les autres symptômes, il faut noter la hernie de l'intestin grêle ou de l'épiploon à travers une perforation du fond du vagin ; l'issue des matières fécales, si la déchirure intéresse la cloison recto-vaginale, celle de l'urine à la suite des plaies de la paroi vaginale antérieure.

Le pronostic de ces accidents dépend de l'importance de l'organe lésé et de l'abondance de l'hémorragie ; les plaies vagino-péritonéales sont peut-être les plus graves de toutes à cause de la contamination possible de la séreuse.

Traitement. — Le premier soin du praticien doit être d'arrêter l'hémorragie et de mettre les plaies à l'abri des sources d'infection. On arrêtera le sang par le pincement et la ligature des vaisseaux sectionnés, ou par la compression, si l'on a affaire à un suintement en nappe ; on peut également assurer l'hémostase par la suture des bords de la

plaie. En présence d'une déchirure des culs-de-sac vaginaux avec procidence de l'intestin et de l'épiploon, il faudra réduire les anses herniées et réséquer le paquet épiploïque, après ligature au catgut ; on terminera en fermant la brèche au moyen de sutures sur deux plans (séreux et muqueux). Il va sans dire qu'on s'abstiendra de donner aucune injection. Le vagin sera tamponné avec de la gaze iodoformée ou salolée.

S'agit-il d'une perforation vésico-vaginale ou vagino-rectale ? On commencera par désinfecter le vagin au moyen d'irrigations antiseptiques ; puis, les déchirures seront fermées par des sutures (suivant le procédé du dédoublement).

Quant aux effondrements périnéaux, on les réparera en exécutant un des nombreux procédés de périnéorrhaphie.

Nous avons déjà parlé du traitement des hématomes vulvo-vaginaux, nous n'y reviendrons plus.

Les plaies simples de la vulve (déchirure de grande lèvre, dilacération d'une petite lèvre, écrasement du clitoris) réclament des soins peu compliqués : désinfection minutieuse de la région, pansements humides sur les petites solutions de continuité, ou sutures des déchirures un peu étendues et profondes.

TUMEURS DU VAGIN

TUMEURS MALIGNES. — Les tumeurs malignes primitives du vagin sont : 1° l'*épithélioma* ou *cancer proprement dit ;* 2° le *sarcome ;* 2° le *chorio-épithélioma* [1].

Épithélioma. — On ne connaît qu'un petit nombre d'observations authentiques de cancer primitif du vagin. C'est une affection exceptionnelle avant trente ans et après cinquante ; cependant on en a rapporté des exemples chez des enfants de trois à neuf ans (JOHANNOWSKI) et chez des femmes âgées de plus de soixante ans (SIEGEL).

Au point de vue anatomique, on distingue deux formes

1. VIRENQUE. Tumeurs malignes du vagin (*Archives mens. d'obst. et de gynécologie*, 1913). — HARTMANN (*Soc. de chirurgie*, 1909).

d'épithélioma vaginal : la forme *végétante* et la forme *infiltrée ;* mais le type histologique paraît être toujours le même : un épithélioma pavimenteux ordinairement lobulé, quelquefois tubulé. Le mal débute presque toujours par la paroi vaginale postérieure, vers sa partie supérieure, soit sous la forme d'une excroissance qui augmente rapidement de volume et se recouvre de bourgeons mollasses et fongueux ; soit sous l'aspect d'une plaque infiltrée, qui ne tarde pas à se transformer en une ulcération irrégulière à bords indurés et friables. Au bout d'un laps de temps qui n'est jamais très long, tout le vagin finit par être envahi et l'infiltration se propage aux organes du voisinage, à l'utérus, au rectum, à la vessie, à l'urèthre, etc. L'adénopathie inguinale n'existe que si la tumeur siège à la partie inférieure du cylindre vaginal ; quant à l'adénopathie pelvienne, les auteurs sont loin de s'accorder sur sa fréquence : il est vraisemblable qu'elle est précoce. Mais la généralisation est tout à fait rare ; du moins telle est l'opinion professée par la plupart des chirurgiens.

L'évolution clinique du cancer vaginal est très insidieuse ; ce sont les hémorragies qui attirent l'attention ; elles sont souvent précédées d'une leucorrhée d'abord jaunâtre, puis striée de sang, et dont l'abondance peut être excessive. Tous ces écoulements ont une fétidité dont la signification échappe rarement au praticien. Quant à la douleur, elle peut manquer complètement ; ordinairement elle est tardive et l'indice de la propagation du mal aux tissus voisins.

Le diagnostic de tumeur maligne est en général facile : par le toucher vaginal on perçoit une surface ulcérée à bords très durs, ou bien un champignon dur, friable, saignant facilement sous le doigt ; ce qu'il est moins facile d'affirmer c'est qu'il s'agit d'un épithélioma et non d'un sarcome ; seul le microscope peut trancher la question. On peut en dire autant de certaines *ulcérations tuberculeuses* à base très indurée, ainsi que de cette ulcération, bizarre et encore très mal connue, que quelques histologistes dénomment *ulcère rond du vagin*.

Le pronostic est des plus sombres : la mort survient dans un laps de temps qui varie de cinq à six mois à deux ans au plus.

Le seul traitement à recommander est l'extirpation aussi large et aussi précoce que possible. Pour aborder la tumeur, il y a des chirurgiens qui ont cru devoir recourir à la voie sacrée et à la voie périnéale ; nous ne comprenons pas les raisons d'une telle conduite.

Aujourd'hui, c'est la voie vaginale qui est universellement préférée. Jusqu'à présent les résultats de l'exérèse totale sont bien peu encourageants ; il est vrai que Krœnig a rapporté un exemple de survie de cinq ans sans trace de récidive (1901).

On sait que, dans le but de prévenir la récidive, Kroenig a préconisé une méthode que les chirurgiens français jugent un peu trop radicale : c'est l'extirpation de tous les organes génitaux associée à la résection du rectum, même si celui-ci est indemne.

Cette terrible mutilation a déjà été réalisée par plusieurs chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Kleinhans et Dœderlein ; enfin, tout récemment Poszonig (de Budapesth) a eu recours à cette méthode chez une femme de 50 ans atteinte d'un cancer primitif de la paroi vaginale postérieure avec infiltration du cul-de-sac de Douglas ; à la faveur d'une grande incision périnéo-sacrée, il a pu enlever l'utérus flanqué de ses annexes, le vagin en totalité ainsi que le rectum tout entier ; la vaste plaie fut fermée par des sutures profondes et une mèche assura le drainage du péritoine ; l'extrémité de l'anse sigmoïde fut attirée jusqu'au niveau de la plaie pour servir d'anus à l'opérée. Suites très simples. Depuis six mois, pas trace de repullulation. Grâce au régime qu'elle a adopté, la malade ne se présente à la selle qu'une fois par 24 heures. Dans l'intervalle des selles, l'incontinence est prévenue par le port d'une pelote anale spéciale, qui est très bien supportée (*Soc. de gynécologie de Budapest*, 1913).

Cet exemple est trop récent pour avoir la moindre valeur démonstrative : attendons quelques années avant de proclamer la méthode de Krœnig supérieure à ses rivales.

Dans les cas jugés inopérables, le grattage suivi de la cautérisation ignée permet de soulager les malades et de

prolonger leur vie pendant quelques mois, en leur donnant l'illusion d'une guérison radicale.

Sarcome. — Le sarcome primitif du vagin est très rare. On en distingue deux formes : le *sarcome diffus de la muqueuse* et le *sarcome du parenchyme*.

Le premier représente le type le plus fréquent de cette maladie ; il s'observe presque toujours chez les jeunes sujets : c'est le cancer des enfants, bien étudié par WALDSTEIN et par SCHUCHHARDT. Cliniquement, il affecte l'aspect de masses polypeuses en grappe de raisins qui remplissent le vagin ; sa marche est rapide et sa gravité extrême [1].

Le sarcome de l'adulte est tantôt une tumeur fuso ou globocellulaire, tantôt un *sarcome angioplastique* remarquable par sa structure caverneuse. Cette dernière forme a été bien décrite par SCHWARTZ, par FRANCK, YUNG, VEIT, etc. ; elle donne lieu à des hémorragies formidables ; son évolution est très rapide, et la terminaison fatale la règle.

Malgré le nombre des travaux publiés, la question du sarcome vaginal n'a pas encore été suffisamment élucidée ; ce qui complique encore le problème, c'est la question de l'*endothélioma* que les uns considèrent comme une simple variété du sarcome, tandis que les autres veulent voir en lui un néoplasme pour ainsi dire inédit.

Mais la question du traitement met tout le monde d'accord : c'est l'exérèse large et précoce qui est commandée par tous les chirurgiens.

L'évolution clinique de cette redoutable affection rappelle celle du cancer vulgaire : hémorragies, douleurs, cachexie finale. Le diagnostic n'est possible que par le microscope ; cependant, s'il s'agit d'un très jeune sujet, on aura raison de penser au sarcome plutôt qu'à l'épithélioma.

1. MAC FARLAND (de Philadelphie) a pu réunir 101 cas de *sarcome primitif;* il a publié, en outre, un cas personnel concernant une enfant de 3 mois et demi. La tumeur, affectant l'aspect d'une petite grappe de raisin de Corinthe, faisait saillie hors de la vulve toutes les fois que l'enfant poussait des cris. La fillette fut opérée, mais elle eut presque aussitôt une récidive qui fut traitée par les rayons de ROENTGEN. Mort au bout de cinq mois (*Am. J. of. med. science*, 1911).

Rabdomyome malin. — Miller et Gurd ont publié, en 1910, une observation typique de cette variété de sarcome. Elle concerne une fillette de 2 ans et 4 mois dont le vagin était bourré de masses polypeuses, friables et en partie mortifiées ; la tumeur ainsi constituée refoulait le vagin du côté de l'abdomen. L'enfant fut opérée par la voie haute ; on réalisa assez facilement l'ablation de tous les organes génitaux. Guérison, puis récidive et mort au bout de quelques mois. L'examen histologique du néoplasme révéla un sarcome sillonné de fibres musculaires striées embryonnaires et atypiques.

Le rhabdomyome est une néoplasie très rare dont on ne connaît que 39 exemples ; on le rencontre presque toujours chez les enfants en bas âge ; il récidive sur place immanquablement ; mais les métastases sont tout à fait exceptionnelles.

Chorio-épithélioma du vagin. — Le choriome malin du vagin est, pour ainsi dire, toujours le résultat de la greffe d'un noyau métastatique parti du foyer primordial, c'est-à-dire du déciduome utérin. Il s'agit donc d'une localisation secondaire.

Mais y a-t-il des exemples de choriome vaginal primitif, l'utérus restant complètement indemne ? Les recherches de ces dernières années tendraient à faire croire que la chose est possible, certaine même. Ainsi, d'après M. Burdzinski, il existerait, dans la littérature médicale, 9 cas authentiques de cette localisation primitive du déciduome au vagin ; lui-même vient d'en observer un chez une femme de vingt-sept ans : la tumeur, grosse comme une prune, molle, violacée, indolente, siégeait en arrière du méat urinaire ; elle était ulcérée et donnait lieu à des pertes de sang assez abondantes. Le néoplasme fut aussitôt excisé ; quatre jours après, cette femme expulsait une môle pesant 900 grammes. L'examen histologique du noyau vaginal révéla la présence d'un chorio-épithélioma typique.

Tumeurs bénignes. — Elles sont solides ou liquides.

Tumeurs solides. — Ce sont des tumeurs rares et encore imparfaitement connues. Elles paraissent se développer, de préférence, à l'âge moyen de la vie, entre vingt-cinq et quarante-cinq ans ; cependant on en a observé chez de très jeunes sujets.

Ordinairement il s'agit de *fibro-myomes*, dont la structure ne diffère guère de celle des corps fibreux utérins ; mais on a rapporté des exemples de *fibromes* et de *myomes purs*.

Le siège de prédilection de ces néoplasmes est la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, souvent très près de l'urèthre, dont ils paraissent provenir quelquefois (*fibromes vaginaux péri-uréthraux*).

D'après Alfieri, les néoplasmes fibreux du vagin naîtraient : 1° des fibres musculaires de la paroi vaginale, 2° des fibres musculaires aberrantes de l'urèthre, et alors la tumeur paraît être indépendante de la musculature propre du vagin ; 3° des éléments musculaires du canal de Gärtner-Malpighi (1910).

Ces tumeurs restent longtemps inaperçues ; mais leur volume qui, cependant, n'est jamais très considérable, finit par causer de la gêne ; d'autres fois, ce sont des troubles de compression du côté de la vessie ou de l'urèthre qui éveillent l'attention : on trouve une saillie arrondie, plus ou moins marquée, qui, au premier abord, simule une cystocèle ; mais la palpation montre aussitôt que l'on a affaire à une tumeur solide, indolente, irréductible, de consistance ferme, ordinairement sessile, très rarement pédiculée ; seuls certains kystes vaginaux très tendus pourraient faire hésiter le diagnostic, qui, on le voit, est presque toujours facile.

Le seul traitement efficace est l'extirpation, c'est-à-dire l'énucléation du fibro-myome après incision de la muqueuse vaginale qui le recouvre ; la zone conjonctive qui entoure la tumeur facilite beaucoup l'opération, mais il ne faut pas oublier que *certains fibromes vaginaux présentent des connexions très intimes avec la paroi uréthrale*, ce qui peut rendre leur énucléation laborieuse.

Le pronostic de ces tumeurs paraît bénin : la transformation maligne n'a pas été signalée, du moins à notre connaissance.

Le pronostic de l'intervention est également très favorable.

Tumeurs liquides, kystes du vagin. — Tout le monde admet aujourd'hui que les kystes du vagin sont toujours d'origine congénitale. Les plus fréquents, ceux de la paroi antérieure, se développeraient, d'après WATTS et VEIT, aux dépens des canaux de GÄRTNER, qui représentent les vestiges du canal de WOLFF chez la femme adulte ; ceux de la paroi vaginale postérieure, beaucoup plus rares, prendraient naissance dans les débris des anaux de MÜLLER.

D'après POLIZZOTTI, ces collections liquides pourraient provenir : 1° des débris des canaux de MÜLLER ; 2° d'amas épithéliaux mülleriens aberrants siégeant dans l'épaisseur de la paroi vaginale ; 3° de résidus wolffiens ; 4° de la coalescence des plis ou des papilles de la muqueuse vaginale, lesquelles donneraient naissance d'abord à un infundibulum, puis à un kyste (1910).

Ces tumeurs s'observent à tout âge, mais elles sont plus fréquentes chez les femmes qui ont eu des enfants. Elles sont ordinairement uniques ; cependant on a rapporté des exemples de malades porteuses de deux, trois et même cinq de ces néoplasmes. Les kystes multiples sont réunis en grappes ou disposés en chapelet parallèlement à l'axe du vagin.

Ces kystes ont une forme arrondie, une surface régulière ; ils sont presque toujours sessiles, mais ils peuvent se pédiculiser, en se coiffant de la muqueuse. Leur volume varie de la grosseur d'une cerise à celle d'un œuf, d'une pomme, d'une orange, très rarement davantage. Leur siège le plus habituel est le tiers inférieur de la paroi vaginale antérieure ; ceux qui se développent dans la paroi postérieure occupent presque toujours son tiers moyen ou son tiers supérieur. Les kystes franchement latéraux seraient exceptionnels.

Ces tumeurs sont ordinairement uniloculaires et contiennent un liquide jaune, épais, filant, transparent, quelquefois roussâtre, tenant en suspension des cellules épithéliales, des granulations graisseuses, de la fibrine, des hématies, etc. Leur paroi comprend deux couches constitutives :

une couche externe, conjonctive, contenant parfois des fibres lisses et des éléments élastiques ; une couche interne, épithéliale, composée de cellules cylindriques ou de cellules cubiques aplaties ; on a signalé aussi la présence de cellules cylindriques ciliées ou d'un revêtement franchement pavimenteux. Chez quelques malades, la couche épithéliale faisait complètement défaut.

Les kystes du vagin sont des tumeurs indolentes, mais qui peuvent devenir gênantes lorsqu'elles ont acquis un certain volume ; aussi passent-elles longtemps inaperçues. L'attention des malades finit par être attirée à l'occasion d'un coït ou parce qu'elles éprouvent quelques tiraillements ou des troubles mictionnels.

A l'examen, et surtout par le toucher vaginal, on trouve une tumeur arrondie, régulière, indolente, irréductible, recouverte par une muqueuse vaginale saine, mais ordinairement peu mobile, parfois même adhérente ; la fluctuation n'est pas toujours facile à déceler, mais elle existe manifestement dans un grand nombre de cas, surtout quand le kyste est un peu volumineux.

La marche de ces néoplasmes est très lente ; elle peut être interrompue par un accident, tel que la rupture, l'inflammation ou la suppuration.

Le diagnostic est presque toujours aisé ; il suffira d'un peu d'attention pour reconnaître qu'il ne s'agit ni d'une *uréthrocèle*, ni d'un *prolapsus vaginal*, ni d'un *fibrome*, bien que dans ce dernier cas l'hésitation soit quelquefois permise, à cause de la consistance très ferme de certaines collections liquides. D'ailleurs, la confusion n'a aucun inconvénient sérieux, puisque le traitement est le même.

Le pronostic est essentiellement bénin ; on ne connaît aucun cas de transformation maligne.

Le traitement est fort simple : il faut enlever la poche, car la simple ponction ou incision seraient fatalement suivies d'une récidive. Après avoir incisé la muqueuse vaginale, on procèdera à l'énucléation de la paroi kystique en s'aidant du bistouri et des doigts. Parfois, l'adhérence de la poche est, en certains points, telle qu'il faut, pour éviter d'ouvrir

la vessie ou le rectum, se résigner à laisser un lambeau de paroi, qui sera ensuite détruit avec du chlorure de zinc. La bénignité de ces petites interventions est absolue.

Tumeurs mixtes. — Quelques auteurs ont rapporté des exemples de tumeurs mixtes : entre autres cas, on peut citer celui de WESTENBERGER, relatif à un *fibro-myo-sarcome* gros comme un œuf de poule, observé chez une fillette de 13 ans (VIRCHOWS, *Archiv.*, 1912).

Bibliographie. — VREDE, Sarcome du vagin chez une enfant de vingt mois (*Festschrift für Orth*, 1903). — WALDSTEIN. Hémangiosarcome primitif (*Archiv. f. Gyn.*, 1899, t. LVIII, p. 427). — FLECK, Cancer primitif du vagin (*Arch. f. Gyn.*, 1901, t. LXIV). — AUBERT, Sarcome chez l'enfant (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1905, p. 584). — JACOBÉE. Tumeurs du vagin (*Thèse de Paris*, 1909). — RISCH. Kystes vaginaux (*Zeitsch. f. Gib. und Gyn.*, 1909).

TUBERCULOSE DU VAGIN

La tuberculose primitive, exclusivement limitée aux parois vaginales, est une affection des plus rares, et, partant, encore fort mal connue.

On sait qu'il existe, dans la littérature médicale, des exemples de *tuberculose miliaire ;* mais cette forme, tout à fait exceptionnelle, n'intéresse à aucun titre le chirurgien.

La tuberculose ulcéreuse subaiguë ou chronique mérite seule une courte mention. Elle est primitive ou secondaire. La forme primitive est si rare que sa réalité a été, pendant longtemps, contestée par la plupart des auteurs ; mais BIERFREUND a démontré qu'elle existe positivement.

La *tuberculose ulcéreuse secondaire*, la seule qui nous intéresse, coexiste toujours avec des lésions utérines ou utéro-annexielles de même nature.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une infection de voisinage, mais les autres modes de contamination sont également possibles ; *infection hématogène*, propagation par la *voie lymphatique* entre l'intestin et le vagin, etc.

Elle évolue sous la forme d'ulcérations à bords irréguliers,

amincis, ou, au contraire, épais et taillés à pic, avec un fond caséeux ou lardacé. Il n'est pas rare d'observer, sur la muqueuse voisine, des granulations jaunâtres disséminées ou réunies en petits groupes. La suppuration est ordinairement abondante et la tendance à la régression spontanée nulle.

C'est pendant la période de l'activité génitale que le mal se développe ; pourtant on a signalé des exemples de cette affection chez les enfants.

Le diagnostic peut offrir de sérieuses difficultés ; mais la grande rareté de cette affection nous dispensera d'entrer, à ce propos, dans des discussions dépourvues d'utilité pratique. Il nous suffira de rappeler que la présence d'un semis de granulations jaunâtres autour de l'ulcération suspecte facilitera le diagnostic dans bien des cas.

L'excision large et précoce est le seul traitement qui mérite d'être recommandé ; la cautérisation de la plaie opératoire avec la lame du thermocautère est une bonne précaution contre la repullulation du mal.

VAGINISME

Le vaginisme peut se définir : une contraction spasmodique et douloureuse de la région vulvo-vaginale pouvant mettre obstacle au coït.

On ne connaissait guère le vaginisme avant la description qu'en a donnée Huguier en 1834 ; mais c'est à Marion Sims que l'on doit le premier travail vraiment scientifique sur cette question (1862). Après, un grand nombre d'observations et d'études d'ensemble ont été publiées. Ceux que ce sujet intéresse particulièrement liront avec intérêt le mémoire de Leroux (*Dictionnaire* Dechambre) et la thèse de Dubois (Bordeaux, 1890).

Quelle est la cause du vaginisme ? Deux opinions sont encore défendues par les auteurs. Les uns, voyant dans cette infirmité un état absolument comparable à la fissure anale, attribuent ce spasme à une excitation partie de petites lésions locales, telles que érosions, éraflures de la

fourchette ou de l'hymen, ulcérations herpétiques, eczémateuses, irritation des caroncules myrtiformes de l'hymen après des tentatives plus ou moins infructueuses de défloration ; mais, pour que le vaginisme se déclare, il faut, ajoutent ces auteurs, un terrain favorable, et, de fait, les personnes qui en sont atteintes sont toujours des névropathes, parfois des hystériques [1].

D'autres auteurs, avec RICHELOT, soutiennent, au contraire, que le vaginisme est, dans la grande majorité des cas, primitif, c'est-à-dire absolument indépendant de toute lésion matérielle, si petite soit-elle, de la région vulvo-vaginale. « Que de fois, dit-il, nous avons vu la muqueuse absolument sèche et vierge de toute sécrétion accidentelle ! Et pourquoi invoquer la défloration, puisque le spasme douloureux la précède et l'empêche ? » Cependant M. RICHELOT admet « qu'une lésion de la muqueuse existe quelquefois et peut être l'occasion d'un réflexe tumultueux » ; mais, à son avis, il s'agit là d'une exception, exception qui confirme la nature idiopathique de cette affection. Quant au rôle joué par le nervosisme, M. RICHELOT, d'accord sur ce point avec tout le monde, l'admet formellement : le vaginisme est, pour ainsi dire, l'apanage des jeunes femmes issues de souche arthritique et arthritiques nerveuses elles-mêmes au premier chef.

En ce qui nous concerne, nous n'hésitons pas à partager l'opinion défendue par notre maître, car, chez les trois ou quatre femmes atteintes de vaginisme que nous avons eu l'occasion d'examiner de très près, l'intégrité de la muqueuse était absolue.

Le vaginisme s'observe presque exclusivement chez les très jeunes femmes ; *il s'agit presque toujours de vierges* ou de personnes fraîchement déflorées ; cependant on l'a signalé chez des femmes ayant eu des enfants.

Enfin, il n'est pas inutile de noter que, dans certains cas, le vaginisme aurait pour point de départ une *lésion extra-vulvaire* : fissure anale, hémorrhoïdes, etc.

1. WALTHARDT. Psychothérapie du vaginisme (*Münch. med. Woch.*, 1909). — DALCHÉ. Du vaginisme (*Journal de médecine interne*, 1904).

Cliniquement, l'affection se caractérise par des symptômes tout à fait typiques : le plus léger contact exercé sur l'hymen, sur la fourchette ou sur les caroncules myrtiformes, suffit pour faire éclater la crise : la malade accuse instantanément une douleur subite, aiguë, intolérable ; le sphincter se contracte violemment et interdit l'accès du vagin ; puis tout rentre brusquement dans l'ordre, mais pour se renouveler, avec la même intensité, à la prochaine tentative. C'est tout à fait ce qui se passe chez des personnes atteintes de fissure anale.

Le diagnostic est facile ; mais il faut éviter de se prononcer avant d'avoir procédé à un examen très sérieux de la région ; c'est ainsi qu'on préviendra toute confusion avec l'*imperforation de l'hymen*, l'*atrésie du vagin*, etc. Chez certaines femmes, la douleur réveillée par le simple contact est telle que le chirurgien est obligé de recourir à l'anesthésie générale.

Le pronostic n'est pas grave, mais il ne faut pas oublier que certaines formes opposent aux traitements les mieux conduits une ténacité désespérante et qui peut exercer la plus fâcheuse influence sur le moral de femmes exceptionnellement nerveuses.

Dans les formes très bénignes, les applications émollientes et analgésiques ont quelquefois suffi à amener la guérison. Ce traitement, essentiellement anodin, consistera dans les prescriptions suivantes : injections vaginales tièdes et prolongées (décoction de racines de guimauve, de fleurs de sureau, etc.) matin et soir ; dans l'intervalle, oindre la zone hyperesthésiée avec de la vaseline cocaïnée (chlorhydrate de cocaïne, 1 gramme ; vaseline neutre aseptique, 30 grammes), ou maintenir sur la vulve des compresses de tarlatane fine imbibées d'une solution cocaïnée (chlorhydrate de cocaïne, 5 grammes ; eau distillée bouillie, 100 grammes) ou d'une infusion de fleurs de sureau additionnée de X gouttes de laudanum de SYDENHAM. Malheureusement, ces formes légères sont les plus rares.

Dans la plupart des cas, c'est à la dilatation brusque sous chloroforme, avec le spéculum de TRÉLAT, qu'il faut recourir. C'est la méthode de choix, celle qui a fourni le plus de succès. Après la dilatation, on lavera la région avec de l'eau

stérilisée tiède et on introduira dans le vagin une mèche de gaze enduite de vaseline cocaïnée. Si la dilatation répétée plusieurs fois échoue, la seule ressource contre le mal est la très ingénieuse opération imaginée par M. Pozzi. La malade étant chloroformée, on commence par exciser l'hymen ou ses débris ; on passe ensuite à la dilatation forcée de la vulve avec les doigts ; enfin, on termine la séance en pratiquant de chaque côté de la fourchette une incision perpendiculaire intéressant la peau et les fibres superficielles du *constrictor cunni ;* la plaie est ensuite réunie en sens inverse de sa direction primitive.

Dans aucun cas l'état général ne doit être négligé : l'hydrothérapie, le valérianate de Pierlot, l'élixir polybromuré d'Yvon sont toujours utiles, à la condition d'être associés au traitement local [1]. Si la malade est hystérique, la suggestion pourrait réussir.

URÉTHROCÈLE VAGINALE

On donne ce nom à la dilatation partielle de la paroi uréthrale postérieure, dilatation formant une tumeur arrondie, sacciforme, qui fait saillie dans le vagin et à la vulve, tout en restant en communication avec le conduit excréteur de la vessie.

L'uréthrocèle est une affection très rare : on n'en connaît qu'une trentaine d'observations. Elle a été décrite pour la première fois par M. le professeur Duplay, en 1880. M. Piedpremier en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, publiée en 1887. Depuis, quelques observations ont été rapportées par des chirurgiens français et étrangers (Boursier, Le Dentu, Quenu, Routier, etc.).

L'uréthrocèle se présente sous l'aspect d'une tumeur, ou

1. L. Huppert affirme avoir obtenu de bons résultats en employant la dilatation par le colpeurynter (*Centralblatt für Gyn.*, 1901, n° 32). — Tavel (de Berne) rapporte deux observations relatives à des malades guéries après la résection du nerf honteux interne (*Revue de Chirurgie*, 1902, février).

plutôt d'une poche arrondie ou ovalaire, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une noix, rarement davantage ; il s'agit, en réalité, d'une dilatation circonscrite de la paroi de l'urèthre, doublée de la muqueuse du vagin. Sa cavité communique avec le canal uréthral par un orifice arrondi ou en fente, dont l'étroitesse est très variable. Le contenu de cette poche est de l'urine plus ou moins altérée, souvent mélangée de pus ou striée de sang. Il n'est pas rare d'y trouver des concrétions calculeuses.

Le mode de développement de cette infirmité nous est très mal connu ; tout ce qu'il est permis de dire, à l'heure actuelle, c'est qu'elle s'observe surtout chez les multipares, et que le relâchement de la paroi vaginale antérieure semble favoriser sa production. M. RICHELOT n'hésite pas à rattacher l'uréthrocèle aux prolapsus génitaux, et il estime qu'elle se développe sous l'influence des mêmes causes (Voyez *Prolapsus*). Dans tous les cas, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'une affection congénitale, comme l'enseignait LAWSON-TAIT.

L'uréthrocèle débute de la manière la plus insidieuse, et la tumeur est déjà constituée lorsque l'attention des malades est attirée par la fréquence des mictions et les sensations de brûlures qui l'accompagnent. D'autres fois, ce sont des symptômes intermittents de rétention et d'incontinence plus ou moins complètes qui décident les patientes à aller consulter. Enfin, chez les personnes très nerveuses, les mictions donnent parfois lieu à des crises névralgiques extrêmement intenses.

L'examen direct montre, en arrière du méat, une saillie arrondie ou ovalaire, molle, parfois un peu flasque, plus souvent tendue et résistante ; elle se laisse déprimer par la pression, ce qui provoque, par le méat, un écoulement d'urine trouble ou même purulente. Au moyen d'une sonde introduite par l'orifice uréthral, on reconnaît aisément qu'il ne s'agit ni d'une cystocèle, ni d'un kyste de la paroi vaginale antérieure.

L'uréthrocèle n'a aucune tendance à la guérison spontanée ; au contraire, la poche peut s'enflammer et donner lieu à une infection ascendante de la vessie, de l'uretère et

même du rein. Aussi, et bien qu'il s'agisse d'une affection, en elle-même, tout à fait bénigne, y a-t-il intérêt à en débarrasser les femmes qui en sont atteintes.

Le seul traitement recommandable est l'excision de la poche au bistouri et sous chloroforme. Après avoir ouvert la tumeur par une incision médiane et verticale, on procèdera à la résection des deux moitiés, mais en ayant soin de ménager l'étoffe nécessaire à la reconstitution de l'urèthre; celle-ci sera assurée par la suture isolée de la paroi uréthrale et de la muqueuse vaginale.

FISTULES URINAIRES

Les fistules urinaires sont celles qui font communiquer anormalement certaines parties de l'appareil urinaire avec le vagin ou avec la cavité utérine. On les distingue donc en : 1° *fistules vésico-vaginales ;* 2° *fistules vésico-utérines ;* 3° *fistules uréthro-vaginales ;* 4° *fistules urétéro-vaginales ;* 5° *fistules urétéro-utérines.*

Fistules vésico-vaginales. — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus intéressantes. Elles sont presque toujours la conséquence de la compression exercée par la tête du fœtus sur la paroi vésico-vaginale appliquée contre la face postérieure du pubis ; il en résulte une eschare, qui, en s'éliminant, laisse à sa place un orifice qui fait communiquer la cavité de la vessie avec celle du vagin (*fig.* 98). Ces fistules s'observent donc surtout à la suite d'accouchements laborieux. Parmi les autres causes qui peuvent produire cet accident, il faut citer : certains corps étrangers plus ou moins pointus introduits dans le vagin dans un but érotique, les calculs vésicaux, les blessures par un instrument au cours de l'hystérectomie vaginale, etc.

Au point de vue de leur siège, on peut diviser ces fistules en *hautes* et en *basses*. Les premières occupent le tiers supérieur ou le tiers moyen de la cloison vésico-vaginale ; les secondes, le tiers inférieur de ce conduit ; on donne le nom de

fistules *juxta-cervicales* à celles qui avoisinent l'insertion du vagin sur le col de la matrice, et l'on appelle *uréthro-cervico-vaginales* celles qui intéressent la partie supérieure de l'urèthre et le col de la vessie.

Dans la grande majorité des cas, la fistule est unique et siège très près de la ligne médiane, plus près de la vulve que du col utérin ; elle est arrondie ou ovalaire, à grand diamètre

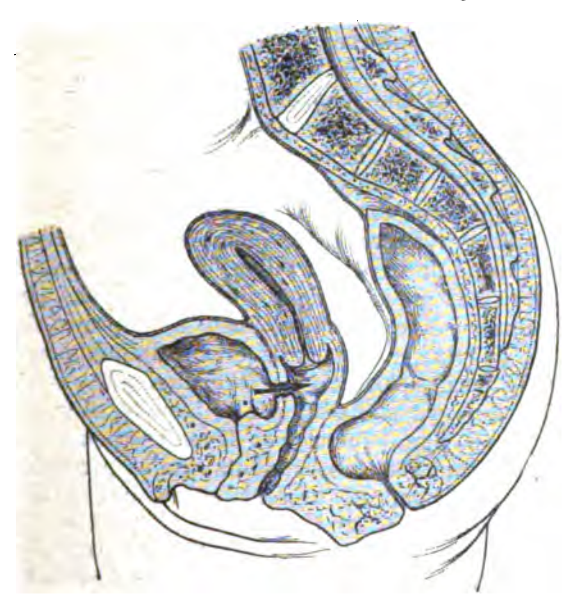


Fig. 98. — Fistule vésico-vaginale.

transversal ou oblique, tantôt si petite qu'on a beaucoup de peine à la découvrir, d'autres fois assez large pour laisser passer un ou deux doigts, exceptionnellement énorme et formant un véritable cloaque uro-génital. Chez la plupart des malades, les muqueuses vaginale et vésicale sont accolées l'une à l'autre en un bord tantôt mince et souple, et tantôt épais, induré, cicatriciel. Lorsque la fistule est un peu étendue, le travail de réparation qui suit la chute de l'eschare produit des cicatrices et des brides pouvant amener des

irrégularités, des rétrécissements ou même des adhérences avec les parties voisines, avec les os, etc. On dit alors que la fistule est compliquée.

Cliniquement la fistule vésico-vaginale se caractérise par l'écoulement involontaire de l'urine, écoulement qui peut être continuel ou intermittent suivant le point où siège l'orifice de communication vésico-vaginale. Ainsi, quand la fistule est très haut placée, près du col utérin, certaines femmes peuvent conserver une partie de leur urine dans la position verticale ; si la fistule est latérale, la malade conservera son urine si elle se place dans le décubitus du côté opposé. Quoi qu'il en soit, la miction n'est possible qu'autant que la patiente réussit à conserver ses urines dans la vessie.

Les personnes atteintes de cette pénible et dégoûtante infirmité sont exposées à un certain nombre de complications dont la gravité varie considérablement. Constamment baignés d'urine, le vagin, la vulve, la partie supérieure des cuisses finissent par devenir le siège d'éruptions, de poussées eczémateuses qui donnent lieu à un prurit des plus pénibles ; de plus, les placards érythémateux peuvent se couvrir de petites ulcérations fort douloureuses. L'urine elle-même finit par s'altérer, elle se trouble, devient purulente ; la vessie peut s'infecter et devenir le point de départ de processus microbiens ascendants, qui se propagent vers le haut et atteignent les uretères et même le rein (*pyélonéphrites ascendantes*, etc.).

Fort heureusement, ces complications ne sont pas fréquentes. Le plus souvent, et pendant fort longtemps, l'état général reste satisfaisant : les malades ne se plaignent que d'être constamment mouillées et d'exhaler une odeur urineuse intolérable pour elles-mêmes et pour leur entourage.

Disons, enfin, que cette fâcheuse infirmité ne met pas toujours obstacle à la fécondation : on a vu plus d'une fois la grossesse et l'accouchement évoluer de la manière la plus normale.

En général, le diagnostic n'offre aucune difficulté. Il est bien rare de confondre l'écoulement dû à une fistule vésico-vaginale avec celui qui se produit dans certaines incontinences d'origine paralytique. Mais l'*examen direct* est indis-

pensable pour trancher la question. Dans ce but, on mettra la femme dans la position génu-pectorale ou dans le décubitus latéral de SIMS, et les parois vaginales seront écartées au moyen de valves tenues par des aides. Armé d'un stylet, le chirurgien ira à la recherche de l'orifice anormal ; il n'oubliera pas que celui-ci peut se dissimuler derrière des brides cicatricielles, ou même derrière un repli de la muqueuse vaginale, d'où la nécessité de bien déplisser toutes les parties du vagin que l'on inspecte. En cas d'insuccès, ce qui est loin d'être rare, on aura recours aux injections d'un liquide coloré préalablement stérilisé. C'est presque toujours le lait qui sert pour cette expérience ; on l'injectera dans la vessie par le méat, au moyen d'une seringue stérilisée.

Traitement. — Les petites fistules traumatiques produites par un instrument tranchant, *sans qu'il y ait eu perte de substance*, peuvent guérir spontanément ou à la suite d'une *simple suture* pratiquée immédiatement après l'accident.

Il n'en est malheureusement pas de même des fistules post-puerpérales, qui réclament beaucoup de patience et d'application de la part du chirurgien ; il est bien rare de réussir du premier coup ; même entre les mains les plus habiles, la guérison d'une fistule vésico-vaginale exige plusieurs tentatives opératoires. Pour ma part, j'ai connu une malheureuse qui avait été opérée dix-huit fois, et c'était encore à recommencer !

Il me paraît inutile de donner ici un historique détaillé de la cure radicale des fistules vésico-vaginales, et encore plus fastidieux de passer en revue tous les moyens imaginés par les anciens chirurgiens pour venir à bout de cette cruelle infirmité. Je me contenterai donc de décrire, le plus sommairement que je pourrai, les méthodes modernes, celles que l'on emploie encore aujourd'hui, et qui ont pour but la suture directe des bords de la brèche vésico-vaginale.

Procédé américain. — Il a été imaginé par MARION SIMS et introduit en France, en 1858, par BOZEMAN.

On peut placer la malade dans la position dorso-sacrée;

mais le décubitus latéral de SIMS est bien préférable, car alors toute la paroi vaginale antérieure est bien en vue.

Une grande valve, très large, est placée à la fourchette, mais il faut plusieurs écarteurs que l'on confie à des aides expérimentés pour déplisser les parois vaginales suivant les besoins. Dans certains cas, le col doit être abaissé ou attiré latéralement au moyen d'une pince tire-balle. Il s'agit ensuite d'aviver le bord de la solution de continuité ; on est obligé de se servir de plusieurs modèles de bistouris, ciseaux fins, pinces à griffes, pinces de KOCHER, etc. On doit bien se garder d'aviver simplement les bords de la perforation ; il faut, au contraire, réaliser un *avivement en surface*, large de 1 à 8 millimètres, opération beaucoup plus laborieuse qu'on ne croit.

L'avivement terminé, on passe aux sutures ; c'est le temps le plus difficile, celui qui exige le plus de patience et d'adresse. Il faut se servir d'une aiguille fine montée sur un porte-aiguille très simple. Beaucoup de chirurgiens se servent de fils d'argent et de fils de soie ; le crin de Florence nous paraît bien préférable, car il est plus souple que le fil d'argent et ne s'infecte pas comme les fils de soie. Chaque fil doit pénétrer en avant de la surface cruentée, cheminer dans les tissus et sortir tout près de la fistule sans intéresser la muqueuse vésicale ; ensuite il pénètre de nouveau sur le bord opposé de l'orifice en respectant toujours la vessie, puis il sort à quelque distance du bord postérieur de l'avivement. Le nombre des fils à placer varie avec les dimensions de la solution de continuité ; en général un seul plan de sutures suffit à assurer le parfait affrontement des surfaces avivées. On termine la séance en administrant une injection vaginale et en tamponnant mollement le vagin avec de la gaze iodoformée ou salolée. Une sonde à demeure est placée dans la vessie. Mais il y a des chirurgiens qui préfèrent recourir au cathétérisme intermittent.

Le tampon vaginal est renouvelé au bout de cinq à six jours ; mais il ne faut pas toucher aux crins avant le douzième ou le quinzième jour.

Procédé du dédoublement. — C'est la technique géné-

ralement employée aujourd'hui, car, avec le procédé américain, les désunions sont vraiment trop fréquentes.

Après avoir excisé le tissu de cicatrice, on décolle, au niveau du bord de l'orifice, la muqueuse vaginale de la muqueuse vésicale, sur une étendue de 1 à 2 centimètres ; on obtient ainsi deux lambeaux flottants ; il y a des chirurgiens qui suturent séparément chaque lambeau. En France, on ne

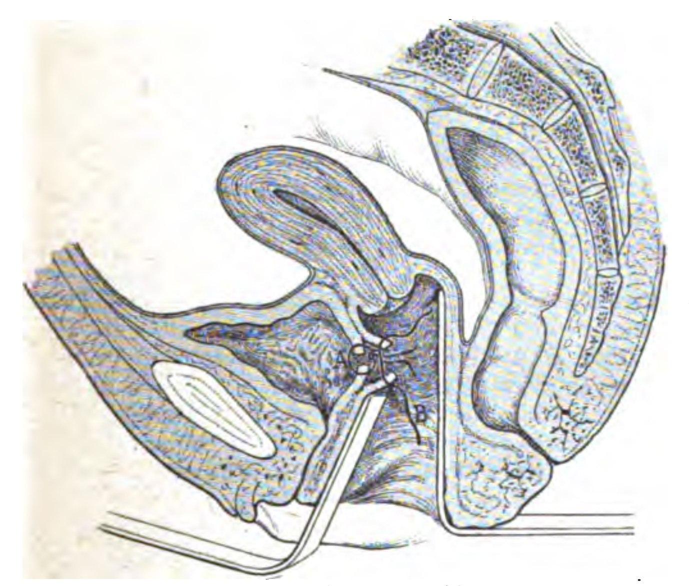


Fig. 99. — Procédé du dédoublement.

réunit que le lambeau vaginal par des sutures passant par la base, c'est-à-dire près de l'angle formé par la limite du dédoublement (*fig.* 99).

Procédé de Schmid (de Prague). — Ce chirurgien cherche à obtenir l'occlusion de la solution de continuité au moyen d'un ***transplant aponévrotique libre.*** Mais il convient d'ajouter que ce procédé a été appliqué à la cure d'une perforation chirurgicale produite au cours d'une hystérectomie.

Après avoir dédoublé les deux muqueuses (vaginale et vésicale), on pratique l'avivement des bords vésicaux, qui sont ensuite suturés avec soin au catgut fin ; cela fait, on prélève, sur le fascia lata, un petit lambeau dont les dimensions varient nécessairement suivant l'étendue de la perforation qu'il s'agit de combler ; ce lambeau est aussitôt appliqué, *bien tendu*, sur la muqueuse vésicale qui vient d'être affrontée, puis suturé, en ce point, par 4 fils placés aux angles (catgut fin) ; il ne reste plus qu'à recouvrir le transplant avec les lambeaux vaginaux qui sont suturés à la soie fine. En somme, le transplant aponévrotique est interposé entre les deux muqueuses dédoublées et avivées. Une sonde à demeure est placée dans la vessie pendant une dizaine de jours (*Zeitschrift für gyn. Urologie*, 1913).

M. SCHMID a obtenu un succès complet chez une femme de 48 ans, qui avait deux petites perforations de 1 millimètre de diamètre, placées côte à côte.

Voie transvesicale. — Tentée tout d'abord par TRENTILENBOURG, puis par BARDENHEUR, cette voie a été reprise par Dittel et par Forgue (1893-1904) avec quelques modifications. CHEVASSU en a publié un cas tout dernièrement. On commence l'opération comme s'il s'agissait d'extraire des calculs ; la fistule découverte, on avive ses bords, qui sont ensuite réunis par deux étages de sutures au catgut fin (*Société de Chirurgie* de Paris, janvier 1912).

Il s'agit là d'une méthode d'exception, à laquelle on ne doit recourir que dans certains cas rebelles, pour des fistules profondément situées, chez des malades dont les parois vaginales laissent fort à désirer sous le rapport de la souplesse.

Procédé de BRAQUEHAYE. — Incision circulaire ou elliptique autour de la fistule et à quelque distance d'elle ; il en résulte un îlot de muqueuse vaginale qui est disséqué avec soin de la périphérie vers le centre, jusqu'à 2 ou 3 millimètres de la perforation ; on obtient ainsi une collerette qui adhère à l'orifice par un pédicule circulaire. Cette collerette est alors relevée de toutes parts et refoulée dans la vessie, de telle sorte que sa surface cruentée s'adosse à elle-même ;

suture de cette surface cruentée avec du fin catgut, sans entrer dans la vessie ; cela fait, il reste une surface avivée, que l'on traite comme dans le procédé américain.

Bien exécuté, ce procédé donne d'excellents résultats.

Fistules vésico-utérines. — Elles sont très rares. Ici, l'orifice anormal fait communiquer la cavité vésicale avec

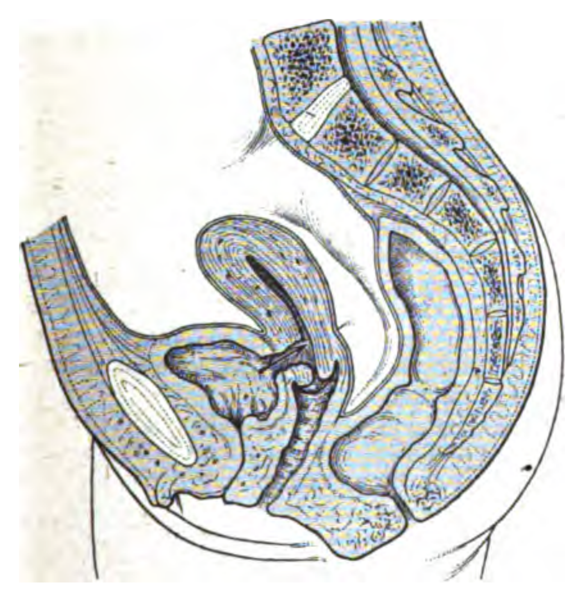


Fig. 100. — Fistule vésico-utérine.

la cavité utérine, à travers la lèvre antérieure du col, qui peut être complètement détruite ; dans ce dernier cas, il y a réellement *fistule vésico-utérine*, attendu que la cavité du corps de la matrice communique librement avec la cavité vésicale. Mais, lorsque la lèvre antérieure du col est conservée et qu'il y a un simple trajet entre les cavités utérine et vésicale, la fistule est dite *intra-cervicale*.

Le traitement offre souvent de sérieuses difficultés. Les cautérisations répétées, l'avivement suivi de la suture ont

réussi dans quelques cas tout à fait bénins. En général, il vaut mieux recourir au dédoublement de la cloison vésico-utérine et à la suture isolée de l'orifice vésical. Enfin, il est des formes très graves, pour lesquelles on est obligé de pratiquer l'*hystérocleisis*, c'est-à-dire la suture de la lèvre postérieure du col ou bord antérieur de l'orifice vésical, ce qui équivaut à l'occlusion de la matrice. Chez ces opérées, le sang des règles passe dans la vessie et est éliminé par le méat urinaire. Naturellement, il ne peut plus être question de fécondation.

Fistules uréthro-vaginales. — Elles sont presque toujours d'*origine puerpérale;* beaucoup plus rarement, la perforation est due à un traumatisme (opératoire ou accidentel) ou à une ulcération d'origine tuberculeuse ou syphilitique.

La fistule siège sur la paroi antérieure du vagin, à 2, 3, 5 centimètres du méat ; elle peut être toute petite, punctiforme ou bien large comme une pièce de 50 centimes. Beaucoup plus rarement on se trouve en présence d'une perte de substance qui équivaut à la destruction presque complète de la paroi uréthrale ; dans ces cas, la lésion intéresse ordinairement le col de la vessie.

Tant que le col de la vessie est indemne, il ne peut y avoir incontinence de l'urine contenue dans la vessie ; si ce n'est qu'au moment de la miction qu'une partie du liquide urinaire s'écoule par la fistule ; si celle-ci est très large, on ne voit rien sourdre par le méat. Mais, lorsque le col de la vessie est lésé en même temps que la paroi uréthrale, l'incontinence est complète, absolument comme s'il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale.

Le pronostic est ici plus favorable que chez les femmes porteuses de fistules vésico-vaginales, en ce sens que l'avivement et la suture réussissent beaucoup plus facilement à oblitérer la solution de continuité. Mais la guérison spontanée est exceptionnelle. Si la perte de substance est considérable, s'il y a destruction d'une partie de la paroi uréthrale, il faut recourir aux procédés d'autoplastie. Celui de LAWSON-TAIT est un des plus recommandables. Deux séances sont nécessaires. Dans la première, on taille à droite et à gauche un

lambeau de muqueuse vaginale qui varie suivant la forme et les dimensions de l'orifice. Dans la seconde, on ferme la fistulette, qui persiste toujours après la cicatrisation. De toutes façons il faut s'attendre à obtenir la guérison difficilement après un ou plusieurs échecs.

Fistules uretéro-vaginales et uretéro-utérines. — Les fistules uretéro-vaginales sont rares et presque toujours dues à un accident au cours de l'hystérectomie vaginale ; celles qui succèdent à l'accouchement se compliquent d'une lésion de la vessie, elles sont *uretéro-vésico-vaginales*.

Dans le cas de fistule uretéro-vaginale simple, l'incontinence de l'urine est complète, mais la miction n'est pas supprimée, puisque le réservoir vésical est indemne, ainsi que l'uretère du côté opposé. En général, c'est quatre ou cinq jours après l'opération que la malade s'aperçoit de l'écoulement involontaire de son urine. L'examen direct du fond du vagin fait découvrir un petit orifice placé sur la cicatrice opératoire et par lequel l'urine s'échappe en bavant.

Ces fistules sont graves, parce qu'elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée et qu'elles réclament une intervention souvent fort sérieuse.

L'oblitération directe de l'orifice fistuleux a suscité un grand nombre de procédés ; un des plus efficaces est celui du dédoublement. Beaucoup de chirurgiens préfèrent recourir à la *greffe dans l'intestin ou dans la vessie*. La première méthode est presque complètement abandonnée. Quant à la *greffe vésicale*, elle peut se pratiquer par la voie vaginale ou par la voie abdominale. En principe, cette opération consiste à aboucher le bout central de l'uretère à la vessie à travers une incision pratiquée sur la paroi de ce réservoir ; les parois vésicale et uretérale sont assujetties l'une à l'autre au moyen de sutures.

En cas d'échecs opératoires répétés, il ne reste d'autre ressource que la néphrectomie du côté correspondant.

Les *fistules uretéro-utérines* sont fort rares. Elles siègent toujours au niveau du col utérin, surtout du côté gauche. Leur symptomatologie ne diffère pas sensiblement de celle de la variété précédente ; par l'examen direct, on constate

que l'urine suinte à travers le museau de tanche, mais il est fort difficile d'apercevoir l'orifice fistuleux.

Ces fistules sont justiciables des mêmes procédés que les précédentes.

FISTULES STERCORALES

On peut les distinguer en : 1° fistules *entéro-utérines* (communication de la cavité utérine avec l'intestin) ; 2° fistules *stercoro-vaginales*, qui elles-mêmes se subdivisent en *recto-vaginales* et *entéro-vaginales*.

Fistules entéro-utérines. — Elles sont tout à fait exceptionnelles et dépourvues de tout intérêt pratique ; nous les passerons donc sous silence.

Fistules entéro-vaginales. — Elles sont très rares et partant peu intéressantes pour le praticien. M. Neugebauer (de Varsovie) leur a consacré un excellent mémoire publié par la *Revue de* Pozzi de 1898.

Dans cette variété, la communication s'établit presque toujours à l'occasion d'un traumatisme : rupture du cul-de-sac postérieur pendant l'accouchement, pincement d'une anse intestinale au cours de l'hystérectomie vaginale, rupture d'une poche purulente à la fois dans le vagin et dans l'intestin, etc.

Presque toujours l'orifice de communication se trouve dans le cul-de-sac postérieur, et c'est la dernière portion de l'iléon qui est intéressée, du moins dans la majorité des cas observés. Cet orifice est tantôt très petit, difficilement perceptible, tantôt assez large pour constituer un *anus contre nature vaginal ;* parfois il y a deux orifices séparés par un éperon.

La pénétration des matières fécales dans le vagin et leur sortie par la vulve constituent le signe pathognomonique de cette infirmité.

Le pronostic varie avec le siège et les dimensions de l'ou-

verture ; les très petites fistules peuvent guérir spontanément; les autres réclament toujours une intervention, qui n'est jamais très aisée.

Dans certains cas, on a obtenu la guérison des fistulettes par la cautérisation directe (galvano-cautère ou caustiques chimiques) ou par la suture simple après avivement.

Si l'orifice est très large, on essayera un des procédés suivants. Il y a d'abord la destruction de l'éperon, suivie de la fermeture par un avivement et des sutures soignées. Quelques chirurgiens ont proposé la *colpocleisis*, c'est-à-dire la fermeture complète du cylindre vaginal à sa partie inférieure, après avoir, bien entendu, établi artificiellement une fistule recto-vaginale. D'autres auteurs ont préféré recourir à la suture directe de la fistule par la voie vaginale ; après décollement de l'anse, on ferme séparément les deux orifices intestinal et vaginal, et l'anse est réduite dans la cavité abdominale. Cette opération a été pratiquée aussi par la voie abdominale : décollement des adhérences, résection de l'anse perforée, entérorrhaphie circulaire, etc. Toutes ces opérations sont d'une exécution difficile et comportent un pronostic des plus réservés, non seulement au point de vue du succès, mais encore *quoad vitam ægrotantis*.

Fistules recto-vaginales. — Ce sont les plus fréquentes des fistules stercorales. On les distingue en *congénitales* et en *acquises*. Nous ne disons rien des premières, qui rentrent dans la catégorie des vices de conformation.

Les fistules recto-vaginales acquises se divisent, au point de vue étiologique, en *obstétricales* (déchirures périnéales incomplètement réparées), *spontanées* (ulcération par le séjour prolongé d'un pessaire ou d'un corps étranger, ulcération tuberculeuse ou syphilitique, etc.), *traumatiques* (chute sur un objet pointu, action du forceps, du basiotribe, blessure au cours de l'hystérectomie vaginale, etc.).

Le siège occupé par la fistule est variable. Si l'orifice est situé très bas, on dit que la fistule est *recto-vulvaire ;* elle est *recto-vaginale inférieure*, lorsque la perforation se trouve dans les deux tiers inférieurs du vagin ; elle est dite *supérieure*, dans les cas où la communication entre le vagin et

le rectum siège dans le voisinage du cul-de-sac postérieur. En général, l'orifice de la fistule n'est pas très large ; il est assez rare qu'il atteigne les dimensions d'une pièce de 1 franc. Très souvent la communication entre les deux cavités, vaginale et rectale, est directe, c'est-à-dire sans interposition d'un trajet plus ou moins sinueux. Quant aux bords de la

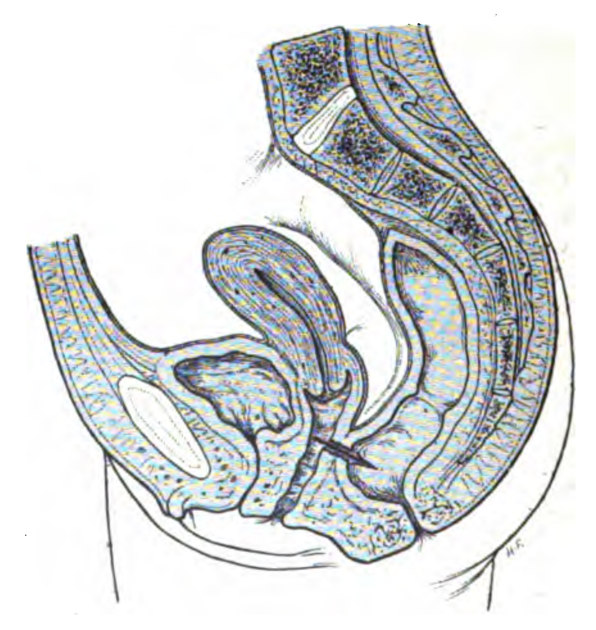


Fig. 101. — Fistule recto-vaginale.

solution de continuité, ils sont quelquefois amincis, le plus souvent durs, calleux et cicatriciels.

Cette infirmité se caractérise par le passage des matières et des gaz du rectum dans le vagin ; si la fistule est très petite, les gaz passent seuls ; certaines fistulettes laissent passer les matières si les selles sont très liquides ; si la consistance des matières est très ferme, rien ne passera, ou presque rien, sauf dans les cas de fistule de grandes dimensions.

Pour faire le diagnostic, il faut placer les malades dans la position dorso-sacrée ou dans la position latérale de SIMS et rechercher l'orifice en s'aidant des doigts et d'un stylet. Si la fistule est très petite, on administrera un lavement coloré ; le passage du liquide dans le vagin permettra d'affirmer qu'il y a fistule stercorale et que cette fistule est recto-vaginale et non entéro-vaginale.

La cure des fistules recto-vaginales a donné naissance à une foule de procédés opératoires de valeur très inégale. Nous ne mentionnerons que les plus usités.

Si l'orifice est très petit et bas situé (fistule vulvo-rectale), la *simple cautérisation* au galvanocautère ou avec un caustique chimique peut amener la guérison ; on pourra recourir aussi avec succès à un *avivement très discret au bistouri*, suivi d'un ou deux points de suture avec du catgut très fin.

Dans les cas ordinaires — fistule large comme une pièce de 50 centimes, vulvo-rectale ou recto-vaginale inférieure — il est avantageux de recourir au *procédé du dédoublement* de LAWSON-TAIT. On incise transversalement le périnée à l'union de la muqueuse vaginale et de la peau ; puis, les deux lèvres de la plaie sont soigneusement disséquées jusqu'à la cloison recto-vaginale ; arrivé là, le chirurgien sépare la paroi vaginale de la paroi rectale jusqu'au delà de l'orifice de communication ; cela fait, on avive séparément les bords des deux plaies ; on termine l'opération en suturant d'abord l'orifice rectal, puis l'orifice vaginal avec des fils de catgut fin. Au lieu de procéder par la voie périnéale, comme nous venons de l'indiquer, on peut, à l'instar de SANGER, réaliser la fermeture par dédoublement en suivant la voie vaginale [1].

Pour mener à bien ces opérations délicates, il est essentiel d'observer les règles de l'asepsie la plus rigoureuse. Quelques jours avant l'intervention, la malade devra être purgée énergiquement, et l'on veillera à ce que l'intestin soit bien évacué en administrant plusieurs lavements successifs. Dès la veille de l'opération, on prescrira l'ingestion de 5 à 6 centi-

1. Contre les fistules très haut placées et larges, M. SEGOND a imaginé un procédé de *glissement du rectum*, opération difficile et compliquée, trop rarement employée jusqu'à présent pour qu'on puisse formuler une opinion sur son efficacité.

grammes d'extrait thébaïque ; la constipation sera maintenue pendant les huit jours qui suivront l'acte opératoire, en faisant prendre à la malade 2 ou 3 centigrammes de cet extrait. Le huitième jour, on ordonnera 30 ou 50 grammes d'huile de ricin pour obtenir une débâcle complète. Il sera bon, dans les jours qui suivront, de prescrire quelques laxatifs afin de rétablir la régularité des garde-robes.

VAGIN ARTIFICIEL

La création d'un vagin artificiel est un des problèmes les

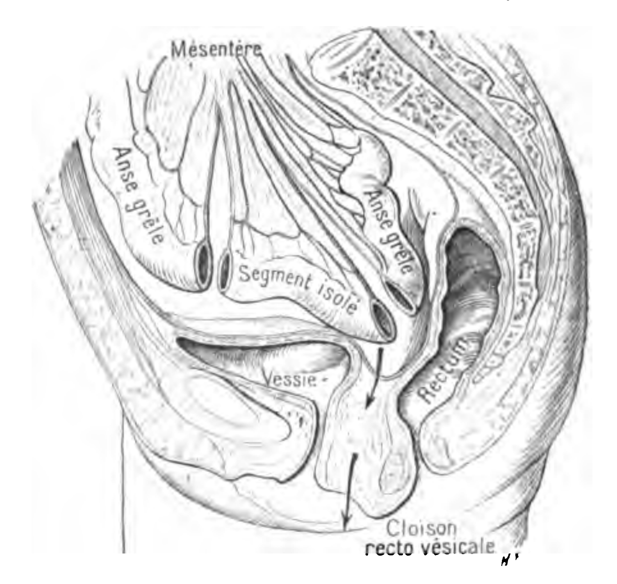


Fig. 102. — Création d'un vagin artificiel au moyen d'une anse d'intestin grêle (les flèches indiquent l'emplacement du futur vagin). Procédé Baldwin.

plus ardus de la gynécologie opératoire, et il faut bien reconnaître que les essais tentés jusqu'à ce jour, tant en

France qu'à l'étranger, n'ont encore donné que des résultats insuffisants.

De tous les procédés imaginés par les divers chirurgiens, nous ne retiendrons ici que la tentative toute récente de BALDWIN-MORI, car c'est celle qui laisserait le moins à désirer.

Voici, en quelques mots, la technique de ce procédé vrai-

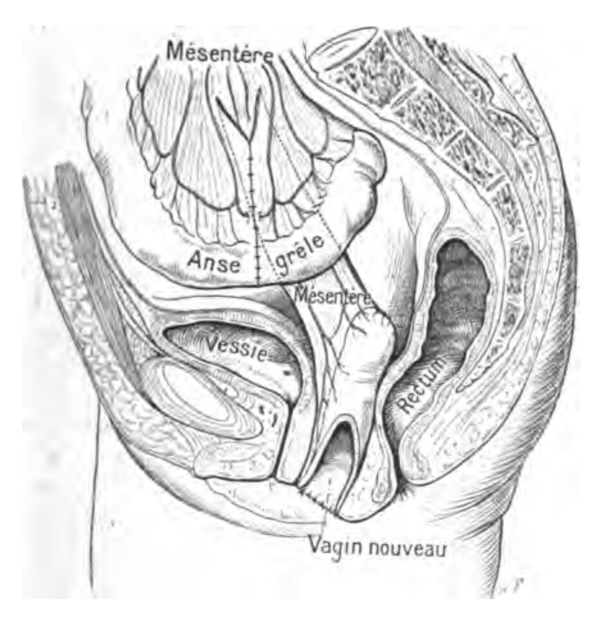


FIG. 103. — Création d'un vagin artificiel (Opération terminée).

ment ingénieux : 1° De l'absence du vagin il résulte que la vessie n'est séparée du rectum que par une sorte de cloison conjonctivo-fibreuse. Le premier temps de l'opération a précisément pour but de séparer ces deux organes, afin de créer en ce point une sorte d'infundibulum destiné à loger le futur vagin. La séparation réalisée, on bourre l'espace qui en résulte avec des lanières de gaze, provisoirement, cela va sans dire ; — 2° La malade est ensuite laparotomisée, et le

chirurgien choisit l'anse d'intestin grêle, qui servira à la confection du canal vaginal. Cette anse doit être très mobile et, pour cela, pourvue d'un mésentère aussi long que possible; après avoir déterminé la longueur voulue, on isole cette anse au moyen de deux clamps et on en pratique l'entérectomie, en ayant bien soin de ne pas léser le segment mésentérique qui l'accompagne et qui servira à sa vascularisation. L'anse isolée est provisoirement mise de côté enveloppée dans une compresse, et l'on s'empresse de rétablir par entérorraphie la continuité de l'intestin grêle. Cela fait, on reprend l'anse momentanément laissée de côté, et, après avoir fermé l'un des bouts par deux plans de sutures, on l'insinue dans l'espace ménagé entre la vessie et le rectum, de telle sorte que le bout laissé ouvert aboutisse à la vulve et constitue l'orifice du vagin artificiel ; il va sans dire que le segment d'intestin est solidement maintenu dans sa loge par des sutures au catgut ou à la soie (Voir les figures 102-103).

Il paraît que le procédé de BALDWIN-MORI compte déjà à son actif quelques succès incontestés. Il n'en est pas moins certain qu'il s'agit d'un acte opératoire extrêmement sérieux et dont on ne doit pas dissimuler les risques aux personnes disposées à s'y soumettre.

MALADIES DE L'UTÉRUS

ENDOMÉTRITES

Définition, étiologie, pathogénie. — Le mot métrite veut dire inflammation de l'utérus, de tout l'utérus, muqueuse et parenchyme ; ce terme est impropre, car, dans la réalité, c'est la muqueuse qui est la surface d'inoculation, le siège des lésions les plus constantes et les plus importantes. Il s'agit donc toujours d'une *endométrite*. Mais, pour nous conformer à l'usage, nous nous servirons indifféremment de ces deux mots pour désigner cette affection.

Toutes les endométrites sont d'origine infectieuse, microbienne, doctrine universellement admise aujourd'hui tant en France qu'à l'étranger. Cette définition les sépare nettement de certains états pathologiques qui les simulent, mais qui ne relèvent que de la congestion et de la sclérose. Ces *pseudo-métrites* seront étudiées dans un chapitre spécial.

Les causes de l'endométrite ont été, de tout temps, distinguées en *prédisposantes* et en *déterminantes*.

Les premières se rapportent à l'*âge* et aux *conditions génitales*. Il est évident que l'infection de l'utérus s'observe surtout chez les *femmes jeunes* et qui se livrent habituellement aux *rapports sexuels ;* elle est assez rare à partir de la ménopause, tout à fait exceptionnelle chez les vierges, quoi qu'en disent certains auteurs, qui s'obstinent à confondre la pseudo-métrite avec la métrite vraie, microbienne. Quant aux *excès vénériens*, à l'*impression du froid*, au *coït pratiqué pendant les règles*, aux *fatigues du voyage de noces*, nous ne nous faisons plus illusion aujourd'hui sur le rôle

que les Anciens attribuaient à ces causes, derrière lesquelles se dissimule presque toujours une *vieille gonorrhée*, sincèrement ou volontairement oubliée.

La seule *cause déterminante* est l'*infection*, et les sources les plus fréquentes de cette infection sont l'*état puerpéral* et la *blennorragie*. Mais l'inoculation de la muqueuse peut encore se produire sous l'influence d'un toucher vaginal septique, d'une exploration faite avec un instrument malpropre introduit dans un but thérapeutique (hystéromètre, sonde), criminel (avortement), érotique (masturbation). Si nous en croyons certains auteurs, l'endométrite serait parfois la détermination locale d'une maladie générale infectieuse : SLAVIANSKY a décrit des lésions de la muqueuse utérine chez des femmes mortes du *choléra*. Des faits analogues ont été rapportés par SCHUTZ et FRANKEL. D'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons KLOTZ, MASSIN, GOTTSCHALK, ont signalé des endométrites au cours de la *grippe*, de la *rougeole*, de la *fièvre typhoïde*, de la *variole*, etc. S'agissait-il de véritables endométrites, dans le sens que nous attachons à ce mot ? Il est permis d'en douter ; mais de nouvelles observations et recherches sont nécessaires, avant qu'il soit possible de se prononcer d'une manière catégorique.

Quels sont les microorganismes pathogènes de l'endométrite, et comment parviennent-ils jusqu'à la muqueuse ?

Il est bien établi, aujourd'hui, que les deux principaux agents de l'infection de l'endomètre sont le *streptocoque* et le *gonocoque*. Ce sont les recherches de GOENNER et de DOEDERLEIN qui ont montré le rôle joué par le premier de ces microbes dans la genèse de la fièvre puerpérale (1887-1888) ; le streptocoque pyogène fut trouvé par eux dans les lochies des accouchées qui présentaient de la fièvre ; il manquait chez les femmes qui avaient des suites de couches normales. Ces expériences ont été renouvelées dans une foule de cas par divers bactériologistes avec des résultats constamment positifs. Mais, jusqu'à ce jour, on n'a pas encore réussi à produire directement des endométrites avec des microorganismes prélevés dans des cavités utérines infectées. On a donc procédé par déduction pour soutenir que les métrites

post-puerpérales étaient dues à la persistance des germes découverts dans les sécrétions des nouvelles accouchées.

Il convient d'ajouter que le streptocoque n'existe pas toujours à l'état de pureté : plusieurs expérimentateurs l'ont trouvé associé au *staphylocoque*, au *coli-bacille* ainsi qu'à un grand nombre d'*organismes anaérobies*, dont nous n'avons pas à faire ici l'histoire.

Quant au *gonocoque de* NEISSER, son influence dans la contamination de l'endomètre a été mise hors de doute par les travaux de BUMM et de WERTHEIM ; mais il serait injuste de ne pas citer, à ce même point de vue, les belles recherches de WITTE, de STEINSCHNEIDER et de WINTER. C'est STEINSCHNEIDER qui a démontré la persistance de cet organisme dans la cavité utérine, longtemps après l'extinction de la gonorrhée vulvo-uréthro-vaginale. Ces faits sont trop connus pour qu'il soit utile d'y insister plus longuement.

Le gonocoque et le streptocoque ne sont pas les seuls agents pathogènes de l'endométrite. BRIEGER, ZWEIFEL, KRŒNIG, IMMERWAHR ont rapporté des exemples d'infection utérine par le *staphylocoque doré*, par le *coli-bacille* seuls ou combinés à des microorganismes d'importance secondaire. KRŒNIG a publié des faits d'infection puerpérale par des microbes exclusivement *anaérobies*.

C'est presque toujours dans les formes aiguës que l'on rencontre les microorganismes dont nous venons de parler. Chez les femmes atteintes de métrite chronique, surtout s'il s'agit d'une infection un peu ancienne, les résultats de l'examen microscopique sont très souvent négatifs, ou bien, au lieu de l'agent pathogène caractéristique, on ne découvre que des organismes peu virulents, principalement des saprophytes. Cette constatation ne prouve absolument rien contre l'origine infectieuse de l'endométrite : la stérilité des vieux foyers purulents est un fait d'observation courante ; il a été signalé dans l'uréthrite chronique, ainsi que dans un grand nombre d'autres affections, dont la nature microbienne n'a jamais été mise en doute ; en l'absence des microorganismes, il y a les lésions anatomiques de la muqueuse qui attestent surabondamment l'évolution d'un processus infectieux.

Aussi doit-on se garder de confondre l'*endométrite chronique, devenue stérile* à cause de son ancienneté, avec la *pseudo-métrite*, où il n'y a jamais eu inoculation microbienne. Ce point sera discuté avec tous les développements qu'il comporte dans le chapitre consacré à la sclérose.

Il nous reste à étudier le mécanisme de la contamination utérine. Deux théories sont en présence : l'*auto-infection* et l'*hétéro-infection.*

Les partisans de la première soutiennent que l'endométrite se développe sous l'influence de germes vivant normalement dans les voies génitales de la femme, mais susceptibles d'acquérir une virulence pathologique par l'intervention de certaines causes, telles que le *traumatisme*, le *travail de l'accouchement*, la *débilitation de l'organisme*, l'arrivée d'un microbe nouveau, la présence de *débris placentaires* dépourvus de vitalité, etc. Cette doctrine, encore appelée doctrine de l'*infection endogène*, a été défendue par WINTER, WITTE, BRANDT, SCHULTZE. On tend à l'abandonner aujourd'hui en faveur de la théorie de l'*hétéro-infection* ou *infection exogène* de FEHLING, *infection de contact* de KALTENBACH, théorie infiniment plus séduisante et bien mise en lumière par les belles recherches de MENGE, de KRŒNIG et de HALLÉ (1897-1898).

D'après la doctrine de l'hétéro-infection, la muqueuse utérine s'infecterait presque toujours, pour ne pas dire toujours, par des *germes venus du dehors*, attendu que, si nous en croyons KRŒNIG et MENGE : 1° la sécrétion et les pertes de la muqueuse du corps de l'utérus sont dépourvues de microorganismes cultivables sur les milieux usuels ; 2° le canal cervical normal ne renferme pas de microbes ; 3° le mucus cervical est bactéricide et protège la cavité utérine contre l'invasion des germes, à l'exception du gonocoque ; 4° l'*orifice externe du col marque la limite entre le segment bactérifère du canal génital* (vagin) *et le segment dépourvu de microorganismes* (utérus et trompes) ; 5° dans le vagin, il n'existe pas d'organismes aérobies pathogènes pour l'animal ; quant aux anaérobies, hôtes normaux du vagin, ils sont pathogènes pour l'animal, mais déterminent des abcès et des gangrènes souvent mortelles (consulter les indications bibliographiques placées à la fin du chapitre).

Conclusions. — L'endométrite est le résultat d'une infection locale évoluant aux dépens de la muqueuse utérine. Dans la grande majorité des cas, cette infection est d'origine exogène, c'est-à-dire produite par des microorganismes venus du dehors et qui atteignent l'endomètre dans des conditions différentes.

Les deux principales sources de cette inoculation sont l'état puerpéral et la blennorragie génitale. Dans le premier cas, les microorganismes (streptocoques) sont portés jusqu'à l'utérus par les mains de l'accoucheur ou de la sage-femme, par des instruments septiques (canules, sondes, pinces, etc.), par du linge malpropre, etc. Dans le second cas, il s'agit d'un coït infectant (gonocoque de Neisser).

En dehors de la puerpéralité et de la blennorragie, l'endométrite peut se déclarer à la suite d'une *exploration médicale septique* (hystérométrie, pessaire), d'injections prises sans précautions ou de manœuvres érotiques exercées avec des doigts malpropres ou avec un *corps étranger chargé de matières septiques* (porte-plume, crayon, épingles à cheveux, etc.). Ici, c'est généralement le streptocoque, le staphylocoque ou même le coli-bacille qu'il faut incriminer.

Qu'il s'agisse d'une infection streptococcique ou gonococcique, la maladie peut débuter d'une manière bruyante, presque immédiatement après la contamination ; d'autres fois, l'invasion se fait, au contraire, d'une manière tout à fait insidieuse, et la femme ne s'aperçoit qu'elle est atteinte qu'une fois l'endométrite définitivement constituée ou déjà compliquée de lésions annexielles. Cette évolution sournoise est surtout fréquente chez les malades contaminées par l'uréthrite chronique de leur mari ou de leur amant (*goutte militaire*). Tous les auteurs ont insisté sur cette phase latente de la blennorragie chez la femme : l'infection, atténuée et silencieuse, reste localisée au col, jusqu'à ce qu'une influence étrangère (traumatisme, excès vénériens, accouchement) vienne raviver sa virulence.

Anatomie pathologique. — Pour la clarté et la facilité de la description, il nous a semblé nécessaire d'examiner

séparément les lésions de la période aiguë et celles de la phase chronique de la maladie.

ENDOMÉTRITE AIGUE. — L'organe est uniformément augmenté de volume, congestionné, mais dans des proportions et à des degrés qui varient avec les sujets.

Toute la muqueuse est intéressée par le processus infectieux, dont l'intensité est également très variable. A l'œil nu, on constate que cette membrane est épaissie, ramollie, vasculaire, ecchymotique par places ; sa surface apparaît rugueuse, parsemée de petites saillies et comme veloutée ; la cavité utérine est ordinairement pleine de pus ou de mucopus.

Le microscope montre les altérations suivantes : infiltration embryonnaire extrêmement abondante du stroma, surtout dans les assises profondes ; vaisseaux très dilatés, gorgés de sang ; revêtement épithélial très altéré, souvent éliminé par places, quelquefois complètement ou presque complètement détruit. Mais les *glandes sont ordinairement indemnes* ou très légèrement touchées ; il est bien exceptionnel de les trouver détruites.

Du côté du parenchyme, du *myométrium*, il y a aussi des modifications plus ou moins prononcées, suivant les individus et l'intensité de l'inflammation. En général, la paroi musculaire est tuméfiée, gorgée de sang ; on y découvre des amas embryonnaires profondément situés, des traînées d'infiltration autour des vaisseaux et, parfois, de petits foyers de suppuration ; mais les abcès proprement dits sont exceptionnels, si même ils ont jamais été observés. C'est la *métrite parenchymateuse aiguë des auteurs*. Toutes les fois que le processus se caractérise par l'abondance de la suppuration, on dit qu'il y a *endométrite purulente aiguë*. Au cours de l'infection puerpérale grave, on a vu des fusées purulentes décoller la muqueuse et dissocier les faisceaux muslaires du parenchyme : on se trouve alors en présence d'une *métrite disséquente purulente* ou *putride*, forme exceptionnelle et dont la gravité se conçoit facilement. Enfin, il n'est pas rare que l'endométrite aiguë donne lieu à une véritable desquamation de la muqueuse, caractérisée par l'éli-

mination de fausses membranes de dimensions variables : les Allemands ont dénommé ce type *endométrite diphtéritique.*

L'infection de l'endomètre s'accompagne toujours d'une *réaction péritonéale,* tantôt fort légère, insignifiante, d'autres fois intense et pouvant évoluer vers la pelvi-péritonite. L'étroite solidarité qui existe entre les lymphatiques de l'utérus, des annexes et du péritoine pelvien, explique pourquoi une infection localisée dans un de ces organes ne peut évoluer sans avoir un certain retentissement sur les organes voisins. C'est cette *lymphangite pelvienne* qui fait que la trompe, l'ovaire, le péritoine pelvien sont toujours au moins effleurés au cours de l'endométrite aiguë.

MÉTRITE CHRONIQUE. — Il faut étudier séparément les lésions du corps et celles du col de l'organe.

Lésions du corps. — L'utérus est presque toujours augmenté de volume, mais dans des proportions variables ; son revêtement séreux peut être normal, cependant il est assez commun de trouver des adhérences molles, celluleuses, filamenteuses, qui l'unissent aux parties voisines. Sa cavité est toujours agrandie et renferme des glaires purulentes, du muco-pus ou même du pus franc.

La muqueuse offre des changements caractéristiques : elle est très épaisse, friable, boursouflée, tomenteuse, souvent hérissée de fongosités, d'élevures villeuses ; d'un rouge plus ou moins livide, elle ressemble par son aspect et sa consistance à de la gelée de groseille (CORNIL).

Au microscope, on y relève ordinairement les particularités suivantes : transformation de l'épithéliome cylindrique en éléments cubiques ou plats ; en certains points, disparition complète de tout revêtement épithélial ; en d'autres, processus de kératinisation ; mais ce sont les *altérations glandulaires* qui attirent surtout l'attention. Les tubes glandulaires sont extrêmement dilatés et, le plus souvent, très déformés ; d'après WYDER et RUGE, sur une coupe perpendiculaire à la surface, ils se présentent sous la forme de gros boyaux irréguliers et sinueux ; si la coupe est parallèle à

cette surface, on aperçoit des figures très complexes, en dents de scie, en tire-bouchons, des contours festonnés, etc. Dans la lumière glandulaire, il y a des amas de cellules rondes, mais le revêtement épithélial est conservé, c'est-à-dire qu'il y a une seule couche de cellules cylindriques allongées et renflées, bien distinctes de la limite périphérique du tube, reconnaissable par une bordure d'éléments conjonctifs aplatis, véritable membrane basale.

Quant au tissu inter-glandulaire ou interstitiel, il est plus ou moins profondément intéressé par le processus infectieux; en général il tend à devenir fibreux, à se transformer en tissu cicatriciel. Dans les cas très anciens, on constate une véritable atrophie des éléments conjonctifs : la muqueuse est réduite en une mince lame sclérosée emprisonnant quelques glandes et revêtue d'un épithélium pavimenteux, souvent détruit par places.

Il est d'usage de décrire au point de vue anatomique, une *endométrite glandulaire* et une *endométrite interstitielle*, suivant la prédominance des lésions ; mais il est rare de rencontrer des types suffisamment tranchés pour justifier une telle division. Quoi qu'en aient dit certains auteurs, on a souvent affaire à des *formes mixtes ;* il est même très vraisemblable que le type glandulaire et le type interstitiel représentent, tout simplement, deux phases de la même affection, la période terminale de l'endométrite étant marquée par la disparition progressive des glandes et l'organisation des éléments conjonctifs en tissu fibreux plus ou moins nodulaire.

Nous devons rappeler aussi que WYDER et RUGE ont cru devoir distinguer deux types d'altérations glandulaires, le *type hypertrophique* et le *type hyperplastique.* Dans le premier cas, il y aurait prolifération de l'épithélium, sans multiplication proprement dite des glandes elles-mêmes ; dans le second, on constaterait une abondance réellement anormale des tubes glandulaires. Ces deux formes pourraient se combiner sur le même individu, pour constituer des *endométrites glandulaires mixtes* à la fois hypertrophiques et hyperplastiques. Au point de vue clinique, cette classification n'a aucune importance, il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

Passons à l'étude des altérations parenchymateuses. Au début de la maladie et pendant longtemps, la paroi utérine est épaissie, hypertrophiée ; dans les cas anciens, invétérés, il y a, au contraire, régression atrophique de l'utérus. La première phase se caractérise donc par une prolifération active du tissu conjonctif sous-muqueux et inter-musculaire ; dans ces travées conjonctives, on rencontre des noyaux embryonnaires en quantité considérable, des cellules migratrices formant autour des vaisseaux des amas plus ou moins volumineux ; les vaisseaux sanguins eux-mêmes sont très dilatés, et l'endothélium des capillaires sanguins devient le siège d'une prolifération excessive. D'après PILLIET, il y aurait souvent de l'artérite chronique, des phlébectasies, et les lymphatiques eux-mêmes ne seraient pas toujours épargnés

Quant aux éléments musculaires, les auteurs ne s'accordent guère sur la nature de leurs altérations. Pour les uns, il y aurait souvent dégénérescence graisseuse du myométrium ; pour les autres, hyperplasie et hypertrophie. Toujours est-il qu'on n'a pas encore fourni de preuves positives de ces lésions ; en attendant cette démonstration, il est permis d'avancer que la prolifération excessive du tissu connectif et son organisation en tissu fibreux ont parfois pour résultat d'amener l'atrophie des éléments musculaires.

Lésions du col. — Il y a des lésions communes au col et au corps qui nous sont déjà connues. Nous ne parlerons ici que des altérations caractéristiques de la cervicite chronique.

A l'œil nu, on trouve le museau de tanche plus volumineux qu'à l'état normal, parfois énorme, déformé, congestionné, criblé de saillies, de petits kystes (œufs de NABOTH), d'érosions, d'ulcérations, ou bien présentant une ou deux plaques d'un rouge velouté et d'un aspect tout à fait spécial, caractéristique. L'orifice externe est béant, souvent déchiré transversalement, au niveau d'une commissure ; la muqueuse intra-cervicale est très épaissie, boursouflée, d'un rouge vif ou violacé ; elle s'éverse souvent au dehors de l'orifice externe en formant ce qu'on appelle un *ectropion cervical.*

Quelle est la signification de la plaque rouge et veloutée que nous venons de signaler? On a fait couler beaucoup d'encre pour une question de bien mince importance. Qu'importe, au point de vue pratique, que cette plaque veloutée soit une ulcération, et non une érosion ? En réalité, toutes les explications que l'on a formulées renferment une part de vérité. Dans certains cas, la fameuse plaque est bien due à une érosion bornée aux couches superficielles de l'épithélium ; d'autres fois, il s'agit d'une ulcération véritable, qui se ferme par seconde intention en formant près de la commissure un nodule cicatriciel, le *cicatricial plug* d'Emmet ; enfin, chez un grand nombre de femmes, la muqueuse intra-cervicale enflammée se renverse en dehors, à travers l'orifice largement béant, et constitue un bourrelet plus ou moins saillant, rouge vif, un véritable *ectropion simple* ou *double* (antérieur et postérieur).

Au point de vue histologique, la lésion importante, capitale, est la *lésion glandulaire*. Les glandes sont toujours volumineuses, souvent énormes, irrégulières, anfractueuses ; elles présentent des ramifications beaucoup plus nombreuses qu'à l'état normal. Ces ramifications « s'enfoncent profondément dans l'épaisseur des couches musculaires », d'où l'impossibilité de les détruire avec la curette ; çà et là elles s'oblitèrent, s'étranglent et forment des kystes qu'on désigne sous le nom d'*œufs* de Naboth. Ces productions kystiques ont une paroi conjonctive et des cellules épithéliales proliférées, déformées, mais disposées sur une seule couche. Leur contenu est jaunâtre, épais, filant, visqueux. Elles peuvent être assez nombreuses pour créer une véritable hypertrophie folliculaire du col. Leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une noisette (Richelot).

Évolution clinique. — L'endométrite peut débuter d'une manière bruyante, alarmante, par une douleur subite et aiguë dans le bas ventre, accompagnée de frissons, de fièvre, de nausées et de vomissements ; le ventre est ballonné, sensible à la pression, et, par le toucher vaginal, on trouve les culs-de-sac empâtés et douloureux. C'est, en somme, le tableau de la pelvi-péritonite, et, comme le dit très bien

M. Richelot, « la souffrance de l'utérus n'est qu'un détail au milieu de la lymphangite pelvienne »; ce qui attire l'attention, ce sont les phénomènes péritonéo-annexiels. Chez ces malades, tout peut se terminer par résolution et retour à l'état normal de toutes les parties touchées par l'infection. Malheureusement, ce n'est pas la règle ; en général, la métrite devient chronique et se trouve d'emblée compliquée de salpingo-ovarite unie ou bilatérale. D'autres accidents peuvent encore survenir et assombrir le pronostic, mais nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Sans avoir le début dramatique que nous venons de voir, l'endométrite s'installe souvent avec de la réaction péritonéale accompagnée d'un peu de fièvre et d'un état saburral des voies digestives : c'est le tableau clinique précédent, mais plus atténué. Le symptôme dominant est la douleur, douleur localisée dans toute la région hypogastrique, irradiant dans les aines et dans la région lombaire, avec pesanteur périnéale, ténesme vésical et rectal. L'abdomen est à peine météorisé, mais assez sensible à la pression exercée sur le fond de l'utérus, derrière la symphyse. L'introduction du spéculum est possible : on trouve le col très gros, rouge, boursouflé, et, par l'orifice du museau de tanche, suinte un liquide jaunâtre, purulent. Par la palpation bimanuelle — pratiquée avec précaution — on constate que l'organe est augmenté de volume, mobile, sensible aux légères secousses qu'on lui imprime ; les culs-de-sac sont libres ou paraissent tels, mais assez douloureux. Voilà le type de la métrite aiguë : *on voit qu'il y a presque toujours retentissement — passager — du côté des annexes et du péritoine pelvien.*

Mais il y a des formes aiguës beaucoup plus atténuées encore : pas de fièvre appréciable, ni de troubles digestifs ; très léger météorisme abdominal ; en revanche, la douleur hypogastrique est très marquée, accompagnée de pesanteur au périnée, d'irradiations lombaires, etc., leucorrhée jaunâtre ou jaune verdâtre, purulente, exagérée. Au spéculum, le col apparaît gros, rouge, violacé, les lèvres de l'orifice externe sont boursouflées ; si la blennorragie est à l'origine des accidents, la vaginite et l'uréthrite ne manquent

pour ainsi dire jamais. Ici, le retentissement péritonéo-annexiel est réduit au minimum ou fait complètement défaut.

Enfin, chez d'autres malades, la période initiale a passé inaperçue, la maladie est *chronique d'emblée ;* nous en reparlerons plus loin.

Quoi qu'il en soit, « quand la période aiguë est passée, dit RICHELOT, deux routes se présentent où la femme peut s'engager. Dans la première elle marche plus ou moins rapidement vers les lésions définitives des annexes. Même si les foyers de suppuration précoce ont été évacués, la diffusion de l'agent septique a été telle que tout l'appareil tubo-ovarien reste malade... Ici la lésion annexielle attire seule l'attention, c'est elle qu'on suit et qu'on surveille, car la métrite alors disparaît dans l'ensemble et ne crée pas les indications...

« Si la femme a pris l'autre chemin, c'est alors, à vrai dire, que l'histoire de la métrite commence. La fièvre a cessé, la douleur s'est amendée : à l'examen, le tissu cellulaire, les annexes ont conservé ou retrouvé leur souplesse, l'utérus seul est en cause. Il est en *subinvolution*, volumineux, lourd, et cet arrêt de l'involution normale dans le retrait de l'organe après la période puerpérale, cette congestion qui persiste et qui le rend sensible au toucher bimanuel, est le fait de l'infection durable de la muqueuse. La malade s'est levée, a repris ses travaux, mais elle n'a plus la même activité qu'autrefois, un rien la fatigue. »

Tel est le passage à la chronicité d'une endométrite aiguë d'origine puerpérale ; il en est à peu près de même de l'endométrite de nature blennorragique, si ce n'est que l'organe n'a pas d'involution à subir.

Passons, maintenant, à l'étude de l'endométrite chronique constituée, et disons tout de suite qu'il y a lieu de distinguer deux types cliniques assez bien tranchés : l'*endométrite chronique* du *corps* et l'*endométrite chronique* du *col*.

Dans l'*endométrite* du *corps*, l'augmentation de volume porte sur tout l'organe, car le col n'est pas absolument indemne, de sorte que le terme d'*endométrite totale* serait plus exact, plus conforme à la réalité. Par la palpation bi-

manuelle, on constate donc que tout l'utérus est hypertrophié, lourd, douloureux à l'occasion des mouvements qu'on lui imprime avec le doigt introduit dans le vagin. Au spéculum, le museau de tanche apparaît à peine plus gros qu'à l'état normal, mais il n'est ni congestionné, ni ulcéré ; seul le pourtour de l'orifice externe est parfois d'un rouge vif. Par cet orifice on voit sourdre un liquide trouble, jaunâtre ou jaune verdâtre, beaucoup plus fluide que la leucorrhée cervicale dont nous parlons plus loin. Chez certaines malades, cette leucorrhée sécrétée par la muqueuse du corps est d'une abondance excessive, et les femmes se plaignent d'être continuellement « trempées ».

Les phénomènes douloureux se caractérisent par un endolorissement de toute la région hypogastrique avec irradiations inguinales et lombaires ; il y a quelquefois du ténesme vésical et rectal. Chez ces malades, la menstruation est souvent irrégulière : les règles avancent, traînent ou se prolongent, ou bien on observe des métrorragies inter-menstruelles ; mais nous devons ajouter que les pertes de sang ne sont jamais considérables, et le mot métrorragie dont on se sert pour les désigner est peut-être excessif.

Les symptômes de la *métrite cervicale chronique* sont moins accusés encore. La douleur se réduit à de la pesanteur pelvienne accompagnée de tiraillements lombaires, et la leucorrhée est tout à fait caractéristique : elle est purulente, épaisse, visqueuse et forme un bouchon glaireux très adhérent qu'on a beaucoup de peine à détacher du col. Par la palpation bimanuelle, on constate que le volume du corps est à peu près anormal ; mais, au spéculum, le col apparaît très gros, souvent énorme, déformé, tantôt largement ulcéré, tantôt criblé de petites érosions de saillies formées par de petits kystes glandulaires ; on observe aussi des déchirures commissurales unies ou bilatérales ; à la suite de certains accouchements laborieux, on a signalé des désordres plus sérieux : le col peut être séparé en deux valves, une antérieure et une postérieure, ou bien dilacéré en trois segments ou par une *déchirure étoilée*, etc.

Formes cliniques. — Avec M. Richelot, nous croyons

que la seule classification satisfaisante est celle qui distingue une endométrite chronique du corps et une endométrite chronique du col. Nous pourrions ajouter un troisième type, l'endométrite chronique évoluant dans un utérus frappé de sclérose. Nous en reparlerons en étudiant cette dernière affection.

Il n'en est pas moins certain que les livres classiques décrivent plusieurs autres formes en se basant sur la prédominance de tel ou tel symptôme. C'est ainsi que M. le professeur Pozzi reconnaît : 1° une *forme douloureuse chronique*, caractérisée par l'hypertrophie de l'organe et surtout par l'intensité et la ténacité de la douleur, qui condamne les malades à un repos à peu près complet. Cette forme correspondrait à l'*endometritis dolorosa* de Snéguireff ; 2° la *forme catarrhale*, dans laquelle les deux symptômes dominants sont l'abondance de la leucorrhée et les ulcérations cervicales ; c'est le *catarrhe cervical* des vieux auteurs ; 3° la *forme hémorragique*, qui se distingue par les particularités suivantes : augmentation notable du corps de l'utérus, altération des vaisseaux du mésométrium ; intégrité relative de la muqueuse ; 4° la *forme exfoliante*, dans laquelle le phénomène capital est l'élimination douloureuse, au moment des règles, de tout ou partie de la muqueuse utérine ; 5° la *métrite sénile*, avec sécrétions fétides rappelant celle du cancer, et métrorragies ; 6° la *métrite disséquante puerpérale*, caractérisée par l'élimination de lambeaux sphacéliques, par des pertes *couleur marc de café*, horriblement fétides, et dans laquelle il s'agirait d'une infection streptococcique associée souvent aux germes de la putréfaction.

MM. Schroeder et Hofmeier font une distinction très nette entre la *métrite*, inflammation du parenchyme, et l'*endométrite*, inflammation de la muqueuse. Après avoir tracé une description rapide de la première, qu'ils divisent en *aiguë* et en *chronique*, ils passent à l'étude de la seconde, sur laquelle ils s'étendent longuement. Leur endométrite correspond assez exactement à celle des auteurs français, et ils en distinguent deux formes principales : l'*endométrite* du *corps* et l'*endométrite* du *col* de l'utérus. Au point de vue anatomique, il y a une endométrite *aiguë* et une endométrite

chronique du corps ; celle-ci peut être : *glandulaire*, *interstitielle* ou *mixte*. Quant à l'endométrite du col, elle répond assez bien au type que nous avons décrit.

Nous ne dirons rien de la classification proposée par M. Fritsch dans son *Traité des maladies de la femme :* il y règne une confusion telle que nous ne nous sentons pas le courage d'affronter la solution d'un pareil problème.

MM. S. Bonnet et Paul Petit ont morcelé l'étude de la métrite au point de rendre la question complètement incompréhensible. Ainsi, au point de vue des symptômes, ils distinguent : 1° *une métrite aiguë*, qui peut être *cervicale* ou *totale ;* 2° une *métrite chronique*, qui peut être : a) *muqueuse*, b) *parenchymateuse*. La métrite muqueuse est à son tour divisée en : *endométrite cervicale simple*, *endométrite cervicale avec cervicite externe*, *endométrite totale avec ou sans servicite externe*, etc. Le reste est à l'avenant.

Nous avons tenu à mettre sous les yeux du lecteur ces différents genres de classification pour lui montrer combien est préférable une étude basée simplement sur l'évolution des lésions.

Pronostic. — Méthodiquement traitée, l'endométrite aiguë peut guérir sans laisser de traces, avec *restitutio ad integrum* de l'organe. Nous parlons, bien entendu, des formes simples, dans lesquelles l'infection est restée cantonnée à l'endomètre. Mais il est juste d'ajouter que peu de maladies ont une tendance aussi marquée à passer à l'état chronique, à s'éterniser. Si le traitement n'a pas été précoce et appliqué dans toute sa rigueur, si la malade, à bout de patience ou se croyant guérie, quitte son lit, reprend son travail ou ses occupations mondaines avant la résolution complète du processus, le passage à la chronicité est inévitable, fatal.

Livrée à elle-même, l'endométrite chronique n'a pas la moindre tendance à la régression spontanée ; sa durée est, au contraire, indéfinie. Au bout d'un laps de temps nécessairement variable, il est très fréquent de voir l'infection s'atténuer au niveau du corps, rétrocéder, puis s'éteindre ; elle quitte ce segment de l'organe, mais c'est pour se canton-

ner dans le col et y persister indéfiniment. Cette marche descendante paraît être le propre des infections d'origine blennorragique, car la blennorragie « aime le col », a dit très justement RICHELOT. Cette servicite chronique rebelle est le type le plus parfait de la métrite chronique. Il ne s'agit pas d'une affection grave *quoad vitam*, en ce sens qu'elle n'entraîne presque jamais directement la mort ; mais il faut se souvenir toujours qu'elle est le point de départ de complications annexielles dont le pronostic est bien autrement sérieux, surtout à cause des interventions graves qu'elles commandent.

D'ailleurs, par elle-même, la métrite chronique est une source de malaises et de réelles souffrances : la femme finit par devenir une véritable infirme, incapable d'activité, obligée de passer une partie de son existence entre son lit et sa chaise longue, sous peine de voir éclater des accidents plus ou moins sérieux du côté de ses ovaires et de ses trompes. Rappelons, enfin, que l'infection chronique de l'endomètre est une cause fréquente de ***stérilité*** et ***d'avortement***.

Telle est la destinée de la plupart de ces malades. Mais il y a des exceptions à cette règle générale. Dans un certain nombre de cas, et plus souvent qu'on ne le pense, les lésions de la muqueuse, quoique tenaces, sont minimes, et les annexes absolument indemnes, de sorte que les femmes arrivent à très bien vivre avec leur mal. A la condition d'éviter le surmenage et d'observer quelques règles d'hygiène (injections quotidiennes, laxatifs, tampons glycérinés), elles peuvent aller, venir, exercer certaines professions, certains métiers peu pénibles ; il y en a qui deviennent enceintes et accouchent à terme. Lorsqu'on a l'occasion d'examiner une de ces malades, on trouve le col un peu gros, l'orifice externe bordé de rouge, un bouchon glaireux qui adhère à l'une des lèvres du museau de tanche, et, bien que l'infection initiale remonte à huit ou dix ans, les annexes paraissent absolument saines. Ces cas, nous le répétons, sont moins rares qu'on ne l'a dit, et, chose digne d'être notée, il suffit de quelques cautérisations bien faites pour obtenir une guérison complète et durable.

Scanzoni soutenait que la métrite chronique était incurable, et nous sommes persuadé qu'il formulait une opinion sincère ; mais il est incontestable que, sous le terme de métrite, il désignait des affections pelviennes disparates, qu'il confondait souvent la salpingo-ovarite avec l'infection chronique de l'endomètre, comme il arrive, aujourd'hui, à beaucoup de chirurgiens de voir de l'endométrite là où il y a de la congestion simple ou de la sclérose constituée.

Traitée d'une manière rationnelle et avec méthode, l'endométrite chronique finit toujours par guérir au bout d'un laps de temps, qui, il est vrai, peut être fort long. Ce qu'il faut bien retenir, c'est que la métrite, *affection locale*, doit être traitée par des *moyens locaux*, s'attaquant directement au mal, ce qui revient à dire que le traitement général, l'hydrothérapie, les toniques n'ont et ne peuvent avoir aucune influence sur l'évolution de la maladie. Un autre point qui mérite d'être retenu, c'est que le même traitement ne saurait convenir à toutes les formes de l'infection : c'est parce qu'on ne tient pas suffisamment compte des différentes indications qu'on voit si souvent le mal s'éterniser et les femmes réduites à cette alternative : subir la castration utéro-annexielle ou passer leur vie étendue sur une chaise longue.

Diagnostic. — Pour pouvoir affirmer qu'on se trouve en présence d'une endométrite, il est indispensable de recourir de l'examen direct à l'examen local, car l'interrogatoire de la malade et les symptômes fonctionnels ne fournissent que des renseignements vagues, des présomptions.

A la période d'invasion, et dans les formes très aiguës, toute l'attention se porte sur les troubles péritonéo-annexiels ; on ne pense guère à l'inflammation de la muqueuse utérine. Mais, dès que l'examen par le spéculum est devenu possible, la rougeur congestive du col, l'écoulement mucopurulent ou purulent qui se fait par l'orifice externe du museau de tanche, la douleur que l'on réveille par l'exploration bimanuelle, tous ces symptômes rapprochés des anamnestiques — accouchement, avortement, blennorragie uréthro-vaginale — ne laissent subsister aucun doute

sur la réalité d'une infection aiguë de l'endomètre : le diagnostic s'impose.

Soupçonne-t-on, au contraire, une inflammation chronique ? Le premier soin du chirurgien doit être de rechercher s'il a affaire à une endométrite totale ou bien à des lésions exclusivement limitées au col. Nous avons déjà vu que, dans la majorité des cas, l'*endométrite chronique commence par être totale*, que les lésions de la muqueuse du corps rétrocèdent peu à peu, que, finalement, le processus se cantonne dans les glandes cervicales, où il persiste indéfiniment, à moins qu'on n'y mette bon ordre par un traitement énergique approprié.

Dans l'endométrite totale, tout l'organe est augmenté de volume, douloureux à la pression, mais le museau de tanche n'est ni ulcéré, ni déformé, l'orifice externe seul est ordinairement bordé d'un liseré rouge. Ces femmes ont une leucorrhée très abondante, très fluide, trouble, jaunâtre ou jaune verdâtre, souvent striée de sang; mais jamais on ne voit aux lèvres du col le bouchon visqueux de la métrite cervicale. Les pertes de sang ne sont pas rares — règles ménorragiques ou métrorragies inter-menstruelles ; — mais, quoi qu'en disent certains auteurs, jamais elles n'offrent l'abondance des hémorragies que l'on observe chez les fibromateuses ou chez les femmes atteintes de sclérose utérine. Chez ces malades, les troubles fonctionnels se réduisent, on l'a vu, à des pesanteurs hypogastriques accompagnées d'irradiations lombaires, et l'intensité de ces symptômes est en raison directe du nervosisme des individus.

A propos des pertes de sang dont il vient d'être question, nous avons déjà dit que la plupart des livres classiques décrivent une *forme hémorragique* de l'*endométrite chronique* et étudient les caractères qui permettent de distinguer cette forme des hémorragies d'origine fibromateuse. Quelques lignes d'explication sont ici nécessaires.

Beaucoup d'auteurs portent le diagnostic d'endométrite hémorragique parce qu'une femme, qui vient d'accoucher ou d'avorter, continue de perdre du sang, bien que son utérus ait été délivré. Il suffit d'un examen attentif pour rattacher ces métrorragies à leur véritable cause, qui est la

rétention de quelques débris placentaires, tandis que la muqueuse utérine est indemne de toute infection. Ici, la qualification de métrite est donc tout à fait déplacée. Mais il peut arriver que les débris placentaires dont nous venons de parler s'infectent et inoculent l'endomètre. Peut-on alors parler d'endométrite hémorragique ? Oui, si l'on voit les métrorragies persister après l'ablation des lambeaux placentaires retenus. Mais, dans la plupart des cas, c'est le contraire qui arrive ; les pertes de sang s'arrêtent aussitôt les débris enlevés. Il s'agit là d'un fait d'observation que nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier : *les soi-disant métrites hémorragiques post-perpuérales ne sont pas des métrites.*

D'autres chirurgiens, M. Pozzi, par exemple, ont appliqué l'appellation d'endométrite hémorragique à des cas qui rappellent de tout point la sclérose utérine de M. Richelot.

Quelle conclusion tirer des faits que nous venons d'exposer ? Que la plupart des cas décrits sous la rubrique d'endométrite hémorragique se rapportent à des malades atteintes de sclérose utérine ; un petit nombre seulement concernent des endométrites chroniques totales, presque toutes d'origine puerpérale ; et nous devons ajouter que, chez ces femmes, les pertes de sang ne rappellent que de fort loin l'abondance des métrorragies d'origine fibromateuse ; par conséquent il est bien rare que l'endométrite hémorragique vraie puisse faire penser au fibro-myome, tandis que, dans la sclérose, l'erreur de diagnostic est chose non seulement possible, mais fréquente.

Toutefois, il est une circonstance qui peut compliquer singulièrement le problème : nous voulons parler de l'endométrite évoluant dans un utérus atteint de sclérose. Ici c'est au traitement de résoudre la difficulté : l'infection de la muqueuse guérie, l'utérus continue de saigner de plus belle : ces cas n'ont pas contribué à la réhabilitation du curettage.

Il est temps d'aborder le diagnostic de la *métrite cervicale.* Ici rien d'anormal du côté du corps utérin, qui n'est guère augmenté de volume ; en revanche, le col est toujours gros, souvent énorme, déformé par des œufs de Naboth,

ulcéré ou couvert d'érosions, avec des lèvres boursouflées, en ectropion. La douleur est moins accusée encore que dans la forme précédente : il n'y a que de la pesanteur pelvienne et, parfois, des irradiations lombo-sacrées ; mais la leucorrhée est typique : elle est ordinairement peu abondante, épaisse, trouble, visqueuse, et elle adhère fortement au museau de tanche ; l'orifice externe est toujours masqué par un gros bouchon glaireux et purulent.

Les lésions érosives de certaines cervicites chroniques rendent quelquefois le diagnostic hésitant, impossible même sans le secours du microscope. S'agit-il d'un *épithélioma*, d'une *ulcération tuberculeuse*, d'une *gomme syphilitique dégénérée*, ou bien, tout simplement, d'une érosion de métrite ?

Le cancer a une dureté ligneuse toute spéciale, des ulcérations cratériformes, une fétidité *sui generis ;* il saigne au moindre contact. Dans la métrite, pas d'induration, les ulcérations sont plutôt des érosions qui saignent à peine. D'après RICHELOT, c'est surtout par le toucher vaginal qu'on fera la distinction entre les deux lésions ; « c'est au doigt de se prononcer, dit-il ; pour le cancer, le toucher vaginal est tout, le spéculum, rien ; pour la métrite, le toucher est peu de chose, le spéculum est presque tout ». Cette formule est très vraie pour l'immense majorité des cas, mais il y a les exceptions. Nous avons observé un cas de cancer cervical sans induration appréciable, *sans fétidité*, représenté par une érosion assez étendue de la lèvre postérieure du col, érosion qui saignait abondamment. Ce fut ce dernier symptôme qui frappa notre attention et nous engagea à recourir à l'examen histologique. Celui-ci ne fit que confirmer nos présomptions. La malade était âgée de cinquante-neuf ans et douée d'un état général excellent.

A propos de la fétidité [1], si fréquente dans le cancer, il ne

1. On ne saurait trop attirer l'attention des praticiens sur l'induration de certains cols atteints de *cervicite chronique invétérée;* le diagnostic avec l'épithélioma peut présenter alors de sérieuses difficultés et c'est le traitement qui permettra de trancher la question. En effet, sous l'influence des caustiques, l'induration ne tarde pas à disparaître, et le

faut pas oublier qu'elle a été signalée dans certains cas d'*endométrite sénile*. Généralement, il suffit de quelques soins de propreté pour la faire disparaître ; d'autres fois, on est obligé de recourir au curettage et à l'examen histologique pour savoir à quoi s'en tenir.

Pour ce qui est de la *tuberculose cervicale*, les ulcérations qu'elle détermine diffèrent trop des érosions métritiques pour que l'hésitation soit de longue durée : ce sont de véritables pertes de substance anfractueuses, à bords déchiquetés et décollés, à fond grisâtre, souvent criblé de granulations, etc.

Quant à la *gomme cervicale ulcérée*, il s'agit d'une lésion trop rare et trop mal connue pour qu'il soit possible d'en discuter sérieusement les caractères différentiels. Il ne nous a pas encore été donné d'en observer des exemples.

Le diagnostic d'endométrite du corps ou du col étant posé, il reste à faire celui des complications qui coexistent si souvent. L'examen approfondi du petit bassin s'impose donc dans tous les cas : on recherchera si les annexes ont

museau de tanche a bientôt fait de reprendre l'aspect et la consistance qui caractérisent la cervicite vulgaire.

Entre autres exemples de cette forme, en somme, très rare, je citerai celui, tout récent, d'une femme de 34 ans, que j'ai eu l'occasion de soigner.

Le museau de tanche, très volumineux, largement et assez profondément ulcéré, était, en outre, criblé de petites végétations polypoïdes, *molles*, assez nombreuses pour masquer presque complètement les surfaces ulcérées sur lesquelles elles étaient implantées. Ces saillies étaient — j'insiste sur ce détail — remarquablement molles, peu friables, et il était très difficile de les arracher ; mais la zone ulcérée était circonscrite par une sorte d'*anneau induré*, rappelant à s'y méprendre la consistance du cancer; enfin, sous l'influence du toucher, les lèvres du col, surtout la postérieure, saignaient avec la plus grande facilité. Les seuls symptômes en faveur de la métrite étaient l'*absence de toute fétidité* et l'*extrême mollesse* des petites saillies polypoïdes dont je viens de parler.

Pendant cinq jours, tous les matins, j'attaquai ces lésions avec le chlorure de zinc (à 1 p. 10) sans le moindre succès, sans parvenir à réprimer les végétations ni à tarir la leucorrhée et le suintement sanguin; j'étais sur le point de proposer l'hystérectomie ; le sixième jour, à ma grande surprise, je constatai la disparition à peu près complète des végétations et l'assouplissement du col.

A partir de ce moment, les lésions évoluèrent vers la guérison à l'instar de la plus banale des endométrites.

été touchés par l'infection, s'il y a des exsudats pelviens, etc. On ne manquera pas non plus de s'assurer de l'intégrité de la muqueuse vaginale, de l'urèthre, du col de la vessie, car chacune de ces localisations entraîne des indications thérapeutiques spéciales.

Traitement. — MÉTRITE AIGUË. — Le repos et les calmants feront tous les frais du traitement.

La métrite aiguë totale ne va pas sans un certain degré de réaction péritonéale; il peut sembler excessif de prononcer les mots de *lymphangite pelvienne*, mais comment expliquer le météorisme, la sensibilité des culs-de-sac et des annexes, la douleur très vive que l'on provoque en imprimant des secousses, même légères, au museau de tanche ? Il faut bien admettre que les lymphatiques pelviens sont intéressés ; heureusement, sous l'influence du repos, l'infection tourne court, avorte, elle se cantonne dans l'utérus. On a donc tout intérêt à prévenir l'explosion d'une infection péritonéo-annexielle en instituant un traitement prophylactique précoce. Par elle-même, la métrite est, si l'on veut, peu de chose : on n'en saurait dire autant des accidents et complications qu'elle entraîne.

Repos rigoureux au lit dans le décubitus dorsal, voilà la première indication qui s'impose, et cela dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une forme atténuée ou d'une forme suraiguë.

En second lieu, il faut combattre la congestion pelvienne et la douleur ; à ce point de vue les applications très chaudes ou, au contraire, très froides, glacées, sur le ventre rendent les plus grands services et constituent un des meilleurs moyens de révulsion dont nous puissions disposer. Les injections vaginales chaudes et prolongées ne sont pas moins efficaces ; il faut faire passer dans le vagin 4 à 6 litres d'eau stérilisée à la température de 45° à 50° si possible, et renouveler ces irrigations deux ou trois fois en vingt-quatre heures, si la femme souffre beaucoup. Il va sans dire que la canule de l'injecteur devra être maniée avec beaucoup de prudence, et qu'on évitera de projeter le liquide avec trop de violence sur le museau de tanche. La malade prendra ces injections couchée, les cuisses bien écartées et le bassin un peu suré-

levé. On se gardera bien de faire usage du spéculum pour administrer ces irrigations.

Il y a des femmes qui souffrent d'une manière exceptionnelle, chez lesquelles la douleur affecte la forme de crises paroxystiques ; à tous les moyens que nous venons d'énumérer, on pourra ajouter les émissions sanguines locales, les suppositoires, les petits lavements sédatifs. Pour la saignée locale, la malade sera placée en travers du lit ; au moyen de deux petites valves, maniées avec la plus grande douceur, on découvrira le col, sur lequel le chirurgien fera des scarifications avec la pointe du bistouri. Pour arrêter le sang, on administrera une injection très chaude, et un tampon de gaze aseptique sera appliqué contre le museau de tanche. Quant aux suppositoires, on pourra y recourir deux ou trois fois par jour ; en voici une formule :

Beurre de cacao..................	2 gr.
Extrait d'opium..................	2 centigr.
Extrait de belladone..............	3 —

Chez ces malades, la constipation est la règle ; elle est parfois d'une ténacité désespérante ; il faudra la combattre par tous les moyens possibles, car elle favorise singulièrement la congestion et la stase pelviennes ; le meilleur moyen sera de prescrire l'ingestion de 1 cuillerée à dessert d'huile de ricin, tous les matins, à jeun. L'eau de *Rubinal*, de *Birmenstorff*, les limonades au citrate de magnésie remplissent aussi très bien le même but.

Sous l'influence de cette révulsion énergique, on voit bientôt survenir une véritable détente : la douleur s'atténue progressivement, l'abdomen redevient souple, le toucher vaginal est très bien supporté. On en profitera pour agir localement sur le museau de tanche ; tous les jours ou tous les deux jours on introduira dans le vagin une grande mèche de gaze stérilisée imprégnée de *glycérine au tannin* (tannin pur, 2 grammes ; glycérine neutre aseptique, 30 grammes) ou *au chloral* (hydrate de chloral, 1 gramme ; glycérine, 30 grammes). C'est un très bon moyen pour achever de décongestionner l'utérus.

Il faut compter de six semaines à deux mois de repos rigoureux et de soins attentifs pour obtenir la guérison complète de l'endométrite aiguë, la *restitutio ad integrum* de l'organe.

MÉTRITE CHRONIQUE. — Pour être rationnel, le traitement de l'endométrite chronique doit être basé sur l'*évolution anatomique* et *clinique* de la maladie ; c'est pourquoi nous croyons devoir étudier séparément : 1° le traitement de la métrite chronique du corps ; 2° celui de la métrite chronique du col.

Endométrite du corps. — Les différentes méthodes qui ont été appliquées peuvent être réunies en deux principaux groupes : les *méthodes non sanglantes* et les *méthodes sanglantes*.

Méthodes non sanglantes. — Elles comprennent : la dilatation, le drainage, les pansements intra-utérins, le tamponnement intra-utérin, les injections intra-utérines, les cautérisations intra-utérines, l'ébouillantement.

Dilatation. — Employée seule, la dilatation est un traitement insuffisant de l'endométrite chronique, mais elle constitue un temps préliminaire précieux de toute manœuvre intra-utérine. En ouvrant largement la cavité de l'organe, elle favorise l'écoulement des sécrétions pathologiques ; en excitant la contractilité du myométrium, elle permet à la muqueuse de se débarrasser des débris attachés à sa surface ; enfin, elle facilite l'introduction des instruments et des topiques médicamenteux destinés à modifier la membrane altérée.

La technique de la dilatation a été longuement exposée au chapitre des *Généralités ;* il n'y a donc pas lieu d'en donner une nouvelle description.

Drainage. — Il a aussi pour but de faciliter l'écoulement des sécrétions pathologiques. On a essayé de le réaliser de différentes manières. FEHLING a fait construire des drains de

verre percés de petits trous ; AHLFELD a recommandé l'usage de cylindres creux en caoutchouc, LEFOUR des tiges en aluminium creusées de rainures latérales, etc. Tous ces moyens ont échoué, car ces corps étrangers rigides ne sont pas longtemps tolérés ; ils donnent presque toujours lieu à des coliques utérines atrocement douloureuses, sans parler du retentissement qu'ils peuvent avoir du côté des annexes.

Il n'y a qu'un moyen pratique de réaliser le drainage de la matrice, c'est de recourir aux lanières de gaze stérilisée ou antiseptique ; la technique de ce *drainage capillaire* a déjà été exposée avec tous les détails qu'il comporte.

Pour traiter l'endométrite chronique, on commence par dilater l'utérus au maximum à l'aide de laminaires, ce qui exige de quatre à dix jours ; la cavité une fois largement béante, on introduit, avec précaution, des lanières de gaze, *mais sans les tasser*, car il s'agit *non de tamponner* en vue de combattre une hémorragie, mais de *favoriser l'écoulement de sécrétions*, ce qui est bien différent. Les mèches ne tardent pas à s'imbiber, et, comme elles ne sont pas comprimées par les parois de l'organe, les liquides en excès se répandent dans le vagin, où ils sont absorbés par les tampons de gaze qu'on y a placés à cet effet. Pour être efficace, ce pansement doit être renouvelé tous les jours. On continue ainsi jusqu'à ce que la cavité utérine soit lentement revenue sur elle-même, ce qui arrive généralement au bout d'une huitaine de jours. En cas d'échec ou de résultat insuffisant, on recommence.

Pansements intra-utérins ; tamponnement intra-utérin. — On peut se contenter de placer dans l'utérus des crayons médicamenteux à l'iodoforme, à l'ichthyol, etc. ; rien n'est plus simple : avec une pince à pansement utérin on saisit le crayon par l'une de ses extrémités, et on le pousse dans la cavité utérine où il disparaît. En cas de déviation légère de l'organe, le crayon peut être immédiatement rejeté ou retomber dans le vagin au bout de quelques instants, à l'insu de la malade et du chirurgien. Aussi recommandons-nous de placer devant l'orifice du museau de tanche deux tampons de gaze stérilisée. Si la coudure utérine est très accusée, l'introduction du crayon est parfois impossible. Il faut alors se

résigner à dilater le trajet intra-utérin, ce qui a aussi pour résultat de corriger momentanément la déviation. On y parvient facilement au moyen du divulseur à deux ou trois branches. Cette petite manœuvre est à peine douloureuse, car il s'agit, en somme, de faire passer un corps très grêle, et point n'est besoin pour cela de rendre la cavité utérine largement béante. Il n'en est pas moins certain qu'on peut échouer. Le plus sage alors est de laisser de côté le divulseur pour recourir à la dilatation lente. Le séjour d'un seul laminaire suffit presque toujours.

Mais la dilatation complète est indispensable si l'on veut introduire une mèche de gaze imbibée d'un liquide médicamenteux (*naphtol camphré*, *solution picriquée*, *solution protargolée*, *eau oxygénée étendue*), et, à plus forte raison, si l'on tient à faire un véritable *tamponnement* de la cavité utérine. Ce pansement a une double action : il absorbe les sécrétions de la muqueuse et, en même temps, il sollicite les contractions du muscle utérin, ce qui favorise l'élimination des débris épithéliaux, des fongosités privées de vitalité qui hérissent parfois la surface de cette membrane ; c'est un bon moyen de détersion. La technique nous en est connue ; rappelons, toutefois, que les lanières de gaze doivent *être tassées avec une certaine force, mais sans brutalité*, car une perforation est vite produite.

Injections intra-utérines. — Nous ne reviendrons pas sur la technique de ces injections, qui a été longuement décrite.

Elles ont pour but : 1° de désinfecter la cavité utérine en entraînant les sécrétions septiques qui y stagnent ; 2° de modifier la muqueuse altérée par une infection plus ou moins ancienne.

Tous les antiseptiques connus ont été successivement recommandés : *solutions* de *sublimé* (à 1 p. 3.000), de *biiodure* (à 1 p. 4.000), de *permanganate de potasse* (à 1 p. 1.000), d'*oxycyanure* (à 1 p. 2.000), de *protargol* (à 4 p. 1.000), de *thymol* (à 0,30 p. 1.000), de *formol* (à 1 p. 2.000), etc. Nous n'hésitons pas à accorder la préférence à l'*eau oxygénée étendue*, tant à cause de ses propriétés bactéricides que pour son absolue innocuité. Nous l'avons employée dans un grand

nombre de cas à la dose suivante : eau oxygénée à 12 volumes, 200 grammes ; eau stérilisée, 1.000 grammes.

Ces injections ou irrigations sont faites tous les jours, et, après chaque lavage, la cavité utérine est *mollement* tamponnée avec de la gaze stérilisée ; dans le vagin, une grande mèche de gaze iodoformée. En général, cinq ou six séances sont nécessaires, mais elles ne sont pas toujours suffisantes.

En cas d'insuccès ou de résultat médiocre, il faut, sans se décourager, recommencer la série, redilater l'utérus au moyen des laminaires, etc. Pendant toute la durée du traitement, la malade gardera le repos le plus complet *au lit ;* mais le décubitus dorsal rigoureux n'est nullement indispensable.

Cette méthode nous a procuré plusieurs succès remarquables ; dans un certain nombre de cas, nous avons dû recourir jusqu'à trois séries de lavages pour obtenir la guérison définitive du mal.

Cautérisations intra-utérines. — On peut se servir de *caustiques liquides* ou de *caustiques solides.*

De tous les caustiques liquides le plus employé est le *chlorure de zinc.* M. P. Delbet se sert d'une solution à 20 ou 30 0/0, dont il instille 1 gramme avec la seringue de Braun ; il pousse doucement l'injection en retirant peu à peu la canule du fond de la cavité utérine dans le col, de manière à intéresser toute la muqueuse. Pour éviter les eschares vaginales, on fait des injections continues avec de l'eau boriquée. Il nous semble plus pratique d'entourer le col de coton hydrophile, en ne laissant à découvert que l'orifice externe. L'instillation faite, on administre une injection vaginale tiède, et la cavité du conduit est tamponnée avec de la gaze stérilisée. D'après M. Delbet, trois à six séances seraient nécessaires à des intervalles de trois, huit, dix et quinze jours.

On peut utiliser le chlorure de zinc d'une autre manière, en promenant sur les parois de la cavité utérine un petit tampon d'ouate imbibé de cette solution et monté sur un porte-mèche ou sur une pince à mors longs et grêles. C'est le procédé employé par Playfair, Brœse et Rheinstaedter.

Pour toutes ces petites opérations, la dilatation préalable

de l'utérus au moyen de laminaires est indispensable, si l'on veut agir d'une manière efficace.

M. Pozzi préfère la *teinture d'iode*. Mais il fait d'abord un curettage suivi d'une injection de perchlorure de fer. Il commence les injections d'iode au bout de cinq jours et injecte 3 grammes tous les deux jours, pendant deux semaines.

M. Doléris recommande la *glycérine créosotée* à 1/3 ou 1/10.

L'*acide nitrique fumant* a été préconisé par Page et Leblond : ces auteurs badigeonnent les parois de la cavité utérine avec un porte-coton imbibé de ce liquide ; en même temps, irrigations vaginales pour prévenir les eschares de la muqueuse de ce conduit. Pour obtenir des résultats durables, cinq ou six séances seraient nécessaires (1 fois par semaine).

Gerstenberg a employé de la même manière le *formol* en solution à 40 0/0.

(Pour les détails de la technique générale des cautérisations intra-utérines, voyez *Généralités*.)

Les *caustiques solides* préconisés par les auteurs sont aussi très nombreux.

Nous devons une mention spéciale, mais pour la condamner formellement, à la pratique de Dumontpallier, qui abandonnait dans la cavité utérine un *crayon de pâte de Canquoin* (1 gramme de chlorure de zinc pour 3 grammes de farine de seigle). La destruction de la muqueuse malade était certaine, mais l'action des caustiques dépassait les limites de cette membrane, mordait sur le muscle utérin de sorte que le résultat définitif était la rétraction cicatricielle puis l'atrésie complète du trajet intra-utérin et de ses orifices. Nombre de femmes durent être secondairement hystéroctomisées pour échapper aux conséquences de l'oblitération utérine (1889).

Avant Dumontpallier, Courty, Spiegelberg, Dittel, etc., avaient utilisé de même la manière des *crayons* de *nitrate d'argent*.

Aujourd'hui on ne se sert de caustiques solides que pour faire des *applications momentanées*, des *attouchements ;* le caustique est porté dans la cavité utérine au bout d'une

pince à longs mors, ou au moyen de *porte-caustiques*. Nous décrivons plus loin ce qu'il faut penser du *caustique* de Filhos appliqué au traitement de la cervicite chronique d'après la méthode de M. Richelot. Mais nous devons parler ici des résultats que nous avons obtenus en utilisant ce caustique contre l'*endométrite chronique du corps de l'utérus*. Comme il n'est pas prudent d'introduire jusqu'au fond de l'utérus le crayon de Filhos lui-même, à cause de sa grande friabilité, nous nous contentons de le frotter sur du coton humecté et enroulé autour du porte-mèche flexible de Collin; l'instrument ainsi chargé de caustique est introduit dans la cavité utérine, jusqu'au fond ; on le laisse séjourner jusqu'à ce que le coton noircisse fortement, ce dont on s'aperçoit en retirant de temps en temps le porte-mèche. Ce changement de couleur indique que l'eschare est produite. Il faut alors retirer l'instrument, administrer une grande injection vaginale, essuyer avec soin et longuement le col de manière à recueillir sur des tampons les premières sécrétions qui suivent la cautérisation, car ces sécrétions sont très caustiques et pourraient léser la muqueuse vaginale ; on termine la séance en plaçant dans le vagin, contre le museau de tanche, une grande mèche de gaze imbibée de glycérine au tannin ou même de glycérine pure et simple. La seconde cautérisation ne doit pas avoir lieu avant six à huit jours, et il en sera de même de la troisième ; on attendra pour faire la quatrième que deux ou trois semaines se soient écoulées (après la troisième séance), afin de pouvoir juger du résultat ; car la guérison est possible même après ce court espace de temps. En général, il faut compter cinq ou six cautérisations, ce qui implique une durée de deux mois à deux mois et demi pour le traitement intégral. Il est bon de noter qu'après chaque séance la malade doit garder le décubitus dorsal pendant trois heures, car, chez les femmes nerveuses, la cautérisation peut donner lieu à quelques douleurs assez vives ; mais il ne nous est jamais arrivé de renoncer au traitement pour cause d'intolérance de la part de la patiente. Nous devons ajouter que chaque cautérisation provoque une recrudescence de leucorrhée, souvent teintée de sang et mélangée de petits lambeaux noirâtres, qui sont des débris

de muqueuse sphacélée ; ces « pertes », qui peuvent être excessives, ne doivent pas effrayer la malade, ni inquiéter le praticien, car elles ne sont pas l'indice d'une complication. Nous avons eu l'occasion de recourir au caustique de FILHOS dans une douzaine de cas d'endométrite chronique du corps et d'endométrite chronique totale. Toutes nos malades ont été radicalement guéries au bout d'un laps de temps naturellement très variable ; il est certain que nous avons rencontré des femmes très rebelles, qui ont récidivé une et même deux fois, ce qui a nécessité chaque fois une nouvelle série de cinq à six séances. Néanmoins, la guérison complète a été obtenue, et elle se maintient depuis au moins deux ans [1].

Ébouillantement. — Cette méthode, que l'on désigne encore sous les termes d'*atmocausis*, *zestocausis*, de *vaporisation intra-utérine*, a déjà été décrite à propos des *Généralités*, car elle a été appliquée au traitement d'affections qui n'ont rien à voir avec l'endométrite.

Nous ne parlerons ici que des résultats qu'elle a fournis chez des femmes atteintes d'infection de la muqueuse utérine. Ces résultats semblent assez discordants ; c'est, du moins, l'impression qui se dégage des observations publiées jusqu'à maintenant, et qui, toutes, sont signées de noms étrangers. Ainsi PANECKI aurait obtenu 30 guérisons dans 30 cas d'endométrite chronique ; PITHA et PAWLIK, 18 succès dans des endométrites hémorrhagiques ; JOHNSON (de Boston) parle aussi de bons résultats obtenus chez une trentaine de femmes atteintes de métrite hyperplastique. Mais les revers, les accidents de *sténose*, d'*atrésie complète*, sont aussi très nombreux : il suffit de consulter les faits rapportés par MM. TREUR, SCHLUTIUS, FUCHS, GUÉRARD, BARUCH, etc., pour être pleinement édifié à cet égard. On a même signalé deux ou trois cas de mort directement imputables à l'ébouil-

1. La *cautérisation galvanique intra-utérine* n'a pas été souvent appliquée à la cure de l'endométrite ; quoi qu'en aient dit ses défenseurs, c'est un moyen aveugle, infidèle, et, partant, dangereux. Nous le signalons pour le condamner.

lantement. En France, la méthode de Snéguireff n'a pas encore été expérimentée ; du moins, nous n'avons, jusqu'à présent, relevé aucune observation relative à ce mode de traitement. Il est, d'ailleurs, peu probable qu'un procédé aussi aveugle et aussi brutal passe jamais chez nous dans la pratique courante.

Méthodes sanglantes. — Elles comprennent : le curettage l'écouvillonnage, l'hystérotomie sphinctérienne, la ligature des artères utérines, la castration et l'hystérectomie.

Curettage. — Nous serons bref sur l'historique du curettage, que tout le monde connaît. Il nous suffira de rappeler qu'il fut inventé par Récamier en 1849, froidement accueilli, puis condamné à l'unanimité à cause de quelques revers retentissants ; que M. Doléris a eu le mérite de le réhabiliter et de l'introduire définitivement dans la pratique courante à partir de 1884. Nous devons signaler aussi la longue discussion qui eut lieu, en 1890, à la *Société de chirurgie de Paris*, et qui marqua la déroute définitive de l'opposition, représentée par MM. Pajot, Guérin, Guéniot, Martineau, etc.

Le manuel opératoire du curettage nous est déjà connu dans tous ses détails (Voyez *Généralités*) ; nous nous contenterons d'insister sur quelques points intéressants, de revenir sur quelques recommandations importantes. Nous avons déjà attiré l'attention sur la mollesse, l'extrême friabilité de l'utérus puerpéral, friabilité qui persiste même plusieurs semaines après la délivrance ; la présence d'une coudure, d'une déviation de l'organe ne fait qu'augmenter les dangers de perforation : il est arrivé plus d'une fois au chirurgien de traverser la paroi utérine au niveau de l'angle de flexion. Nous ne saurions donc trop recommander de vérifier la direction de l'organe avant de prendre la curette. On procédera de même avec beaucoup de prudence en grattant la paroi dans le voisinage des cornes et du fond, car c'est presque toujours à ce niveau que se produisent les perforations de l'utérus puerpéral.

En dehors de la puerpéralité, il faudra toujours penser aux

déviations de l'organe, recourir à l'hystérométrie préalable, et éviter d'être brutal avant tout.

Le curettage terminé, on fait aussitôt une abondante injection intra-utérine avec de l'eau oxygénée étendue (200 grammes pour 1.000 grammes d'eau stérilisée) pour débarrasser la cavité de l'organe des caillots et des débris de la muqueuse ; puis, avec un tampon de gaze imbibé de teinture d'iode fraîche et monté sur une pince à longs mors, on cautérise toute la surface avivée par la curette.

Enfin, on termine la séance en tassant avec précaution dans la cavité utérine une lanière de gaze salolée, iodoformée ou simplement stérilisée. La technique de ces pansements intra-utérins a déjà été exposée (Voyez *Généralités*); inutile de nous répéter.

Ce pansement doit être renouvelé au bout de quarante-huit heures. La malade est placée en travers du lit, les cuisses maintenues écartées par des aides, etc. On enlève le tampon vaginal, puis la mèche intra-utérine ; on administre ensuite une injection vaginale tiède faiblement sublimée, et une nouvelle lanière est introduite dans l'utérus ; dans le vagin, un gros tampon de gaze stérilisée.

Le second pansement est fait après deux jours, mais cette fois il est inutile de remplacer la mèche intra-utérine que l'on vient de retirer. On se borne à donner une injection vaginale et à tamponner le vagin avec de la gaze stérilisée. Et ainsi de suite jusqu'au vingt et unième jour, date à laquelle la malade pourra quitter son lit. *Exeat* dans le courant de la quatrième semaine.

Écouvillonnage. — Cette pratique, complètement oubliée aujourd'hui, fut recommandée par M. DOLÉRIS en 1887. Il s'agit de « brosser » la cavité utérine à l'aide d'un petit écouvillon stérilisé à l'autoclave. Succédané du curettage.

Hystérotomie sphinctérienne. — SNÉGUIREFF, THEILHABER, etc., ont préconisé la section du petit sphincter isthmique pour combattre la douleur et la dysménorrhée de la métrite soi-disant hémorrhagique. En France, cette pratique ne semble pas avoir rallié des partisans (THEILHABER, *Centralblatt fur Gyn.*, 1902, p. 66).

Ligatures des artères utérines. — FRITSCH a eu l'idée de recourir à ce moyen pour arrêter les métrorragies excessives de certaines endométrites hémorragiques. En France, la ligature des utérines n'a été exécutée que dans les cas de fibromes ou de cancer inopérable.

Castration ovarienne, hystérectomie. — On ne doit recourir à des moyens aussi radicaux qu'après échecs réitérés des méthodes ordinaires et s'il y a réellement une indication vitale. Il est, d'ailleurs, vraisemblable que les malades traitées de la sorte étaient atteintes de lésions plus sérieuses qui se dissimulaient derrière une endométrite banale (Consulter : LANDAU, *Central, f. Gyn.*, 1887, p. 498 ; — FRITSCH, *Deutsch. Chirurgie*, fasc. 56 ; — KELLY, *Amer. Journal of obs.*, 1887, t. XX).

Endométrite du col. — CERVICITE CHRONIQUE. — C'est la métrite rebelle par excellence, le *catarrhe utérin* des vieux auteurs. Pour en avoir raison, il faut renoncer de parti pris aux procédés de douceur, qui réussissent si souvent chez les femmes atteintes d'endométrite du corps : la dilatation, le drainage, les irrigations, les caustiques faibles comme l'eau oxygénée, la teinture d'iode échouent sans exception ; le curettage lui-même ne réussit que très rarement. Nous n'avons donc que deux ressources : 1° la cautérisation au moyen de caustiques très énergiques ; 2° l'excision de la zone occupée par les glandes altérées.

Cautérisations. — Le *chlorure de zinc* en solutions très concentrées (à 30 ou 40 0/0) a donné de bons résultats entre les mains de plusieurs chirurgiens, DELBET, BROESE, REINSTAEDER, entre autres. Il en a déjà été question à propos de la métrite totale (Voyez p. 277) ; donc inutile d'y revenir.

A notre avis, le *caustique de* FILHOS est d'un maniement plus commode et d'une efficacité autrement certaine. Pour la technique de cette petite opération, nous laissons la parole à M. RICHELOT. « Après l'injection de rigueur et l'application du spéculum, un mince tampon de ouate hydrophile est placé dans le cul-de-sac postérieur pour le

préserver contre le léger suintement qui peut venir du col pendant la formation de l'eschare... Quant au caustique, il est porté sur le col avec une pince qui saisit l'extrémité entourée de plomb ou de baudruche. La cautérisation au FILHOS n'est pas un attouchement superficiel et rapide, comme avec la teinture d'iode ou le chlorure de zinc. C'est un contact prolongé, qui doit faire une eschare profonde. Il faut appuyer, maintenir le caustique assez longtemps sur chaque partie du col, attendre que la muqueuse attaquée noircisse et devienne sanguinolente, le promener sur tous les points, l'arrêter davantage où la lésion est le plus accentuée, l'entrer à fond dans la cavité cervicale ; de temps à autre essuyer l'extrémité du caustique, essuyer la bouillie qui couvre le col, et continuer jusqu'au moment où l'eschare noire est partout bien formée. Pour tout pansement, un tampon d'iodoforme ou de salol est porté sur le museau de tanche. La cautérisation est peu douloureuse ou ne l'est pas du tout ; beaucoup de femmes ne sentent rien ou presque rien ; elle l'est un peu plus chez les nerveuses... La femme peut rentrer chez elle, mais elle doit rester au repos toute la journée, étendue, si possible. Dès le lendemain, elle ôte le tampon et prend chaque jour une ou deux injections d'eau bouillie. En évitant les fatigues, elle peut vaquer toute la semaine à ses occupations... Le nombre des cautérisations varie de huit à douze. »

Le lecteur ne saurait trouver mauvais que nous entrions dans quelques détails d'un grand intérêt pratique.

Pour faire ces cautérisations, il faut installer la malade de manière à voir clair au fond du vagin. Après avoir administré une injection de propreté et débarrassé le museau de tanche des glaires qui le masquent toujours (pour détacher ces mucosités si adhérentes, nous recommandons d'essuyer le col avec un petit tampon de ouate monté sur une pince et imbibé d'eau alcalinisée avec du bicarbonate de soude ou même de carbonate de soude ordinaire) ; on isole celui-ci au moyen de tampons de ouate hydrophile stérilisée que l'on tasse dans les culs-de-sac postérieur et latéraux. On procède ensuite à la cautérisation suivant la technique indiquée par M. RICHELOT. Mais voici un point sur lequel nous appelons l'attention: tous les cols n'ont pas la même susceptibilité à l'égard du

caustique de FILHOS ; chez certaines femmes, l'eschare se produit en quelque sorte instantanément, la muqueuse noircit fortement aussitôt touchée ; chez d'autres, au contraire, il faut, pour obtenir ce résultat, appuyer, maintenir le crayon pendant quelque temps, comme le conseille M. RICHELOT. Cette constatation a son importance, car, faute d'avoir été prévenu, un débutant risquerait de causer des désordres assez sérieux. Autre remarque importante : en poussant le crayon dans la cavité cervicale, on doit procéder avec beaucoup de douceur, éviter de le casser, car un fragment de caustique oublié dans la cavité utérine ou dans le vagin amènerait infailliblement une perforation pariétale complète et cela en fort peu de temps.

Troisième remarque : au cours de la cautérisation, et en dépit de toutes les précautions, la bouillie formée par le caustique fondu, le sang et les mucosités provenant de la cavité cervicale, coule le long du museau de tanche jusqu'au tampon placé dans le cul-de-sac postérieur. Pour empêcher cette coulée de brûler la muqueuse extra-cervicale, il faut suspendre momentanément la cautérisation et administrer une injection vaginale tiède, qui entraîne les tampons, la bouillie sanglante, les mucosités ; on essuie avec soin, et le col est de nouveau isolé avec du coton hydrophile, après quoi le chirurgien reprend son bâton de FILHOS, et ainsi de suite jusqu'à ce que la cautérisation soit jugée suffisante.

Celle-ci terminée, on fait une dernière irrigation, puis, avec un tampon humide monté sur une pince, on essuie soigneusement et à plusieurs reprises le museau de tanche jusqu'à cessation du suintement provenant de la cavité et des surfaces cruentées, car nous avons déjà dit que ce suintement pouvait déterminer des eschares. Enfin, tamponnement du vagin avec de la gaze imbibée de glycérine stérilisée.

Au bout d'une huitaine de jours, examen de la malade par le chirurgien. Celui-ci constate que presque toutes les eschares sont tombées en laissant des surfaces avivées d'un rouge vif. Avant de procéder à une nouvelle cautérisation, il est sage d'attendre les effets de la première ; on se bornera donc à surveiller la marche de la cicatrisation. Dans cette

deuxième séance, on fera un simple badigeonnage à la teinture d'iode et un tampon de gaze sera placé dans le vagin. Trois ou quatre jours après, nouvel examen : on s'aperçoit alors que les plaies cervicales se sont notablement réduites. Attouchements à la teinture d'iode et pansements du vagin avec de la gaze. On attend trois ou quatre jours et un nouvel examen a lieu : pas de modification appréciable des surfaces cruentées ; la cicatrisation subit un temps d'arrêt, ce qui indique qu'il y a encore des tissus infectés ; il faut procéder à une seconde cautérisation avec le FILHOS, en observant les règles déjà indiquées. Et ainsi de suite, jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Tant que dure ce travail de réparation, dit RICHELOT, « la leucorrhée purulente est plutôt augmentée, et les femmes se plaignent de ne pas voir diminuer leurs pertes blanches : elles seront pleinement satisfaites un peu plus tard ».

« Quand on examine le malade deux ou trois semaines après la fin du traitement, on trouve un col nouveau, jeune, remis à neuf ; il a son volume normal ou peu s'en faut et sa forme d'avant l'infection ; l'orifice externe est arrondi, facilement perméable, aucun obstacle au cathétérisme, etc. »

Il nous a paru très utile de mettre le praticien au courant de tous ces détails de technique, dans le but de lui épargner des mécomptes, car, manié sans discernement, le FILHOS peut entraîner de sérieuses complications (sténose, atrésie complète du trajet intra-utérin, eschares vaginales, perforation du DOUGLAS, de la paroi recto-vaginale). Nous nous empressons d'ajouter que nous ne connaissons aucun exemple de ces deux derniers accidents ; quant à la sténose et à l'atrésie, on nous en a signalé quelques cas : ils relèvent d'une technique défectueuse et ne méritent pas d'être retenus pour condamner la méthode.

On remarquera aussi que notre technique personnelle diffère un peu de celle indiquée par M. RICHELOT dans sa *Chirurgie de l'Utérus ;* nos séances sont plus espacées, nos cautérisations plus timides et la durée du traitement sensiblement plus longue : elle oscille entre deux et quatre mois. Mais qu'importe, puisque la guérison est tout aussi certaine.

Personne, d'ailleurs, ne nous en voudra de pécher par excès de prudence.

Quels sont les résultats éloignés du traitement ? M. Richelot vient de nous le dire : « destruction complète de la zone chroniquement infiltrée, restauration complète du museau de tanche, qui retrouve sa forme et ses dimensions normales ; l'orifice externe prend une forme circulaire sans que son calibre soit diminué ; la cicatrisation achevée, on a sous les yeux un véritable col de vierge. »

Nous souscrivons pleinement à cet éloge ; toutes les femmes que nous avons traitées par cette méthode ont été guéries d'une manière définitive. Mais nous devons à la vérité de dire que nous avons observé un cas d'atrésie légère, qui a cédé à la dilatation prolongée par les laminaires. Cette observation se rapporte à notre première malade, que nous avions eu le tort de cautériser avec un peu trop d'énergie. Depuis que nous avons recours à une technique plus prudente, pareil accident ne s'est plus renouvelé.

Résections cervicales. — Il y a des cervicites chroniques qui réclament un traitement plus énergique, plus radical. Comment avoir raison de certains cols irréguliers, béants, parsemés de kystes folliculaires, déformés par des déchirures commissurales et partiellement sclérosés par du tissu inodulaire ? Sans doute, *avec de la patience et du temps, les cautérisations pourraient réussir*, mais la résection au bistouri a l'avantage de supprimer les parties infectées et d'être en même temps anaplastique, c'est-à-dire réparatrice. Avec le bistouri, on guérit les malades en trois ou quatre semaines au plus, tandis que les cautérisations exigent plusieurs mois pour arriver à un résultat définitif.

C'est Lisfranc qui, le premier, en 1836, appliqua l'amputation partielle du col au traitement de la cervicite chronique. Après lui, il faut citer les tentatives de Huguier, de Larrey, de Sédillot. Tous abusèrent de l'opération, qui ne tarda pas à tomber dans le discrédit. Elle a été remise en honneur par Braun, en 1864. Cet auteur a également montré que la *résection du col provoquait souvent la régression atrophique du corps utérin.*

Les procédés de résection cervicale sont nombreux : nous n'insisterons que sur les plus usités. Quant à l'amputation supra-vaginale du col, il en sera question à propos du prolapsus et du cancer.

Procédé de SCHROEDER.—C'est une amputation partielle à un lambeau taillé dans chaque lèvre du museau de tanche ; avec le lambeau on emporte toute la muqueuse cervicale malade et ses glandes chroniquement infiltrées.

Il y a plusieurs manières de réaliser cette petite amputation ; nous donnons ici celle de RICHELOT, qui nous paraît la plus simple et la plus facile. Il va sans dire que l'utérus a été préalablement dilaté au moyen de laminaires, puis curetté avec soin dans le but de mettre les sutures à l'abri d'une infection venue de la cavité utérine (endométrite concomitante du corps de l'utérus).

« L'utérus étant fixé par une pince érigne, on débride les commissures avec des ciseaux jusqu'à l'insertion vaginale, de manière à diviser le col en deux valves ; puis, l'utérus étant maintenu abaissé par l'érigne placé sur la lèvre postérieure, on saisit avec une longue et forte pince à disséquer la pointe de la lèvre antérieure, et on enfonce le bistouri tout près de la pince sur la ligne médiane. On l'enfonce jusqu'à la base du col, non pas obliquement vers la cavité cervicale, mais directement en haut, dans l'axe du corps de la femme ; le coup de bistouri est donné à gauche, en sciant, vers la commissure ; puis, revenant au point de départ, un coup de bistouri semblable est donné vers la droite. On a fait de la sorte : 1° un lambeau comprenant la muqueuse vaginale du col et un peu de parenchyme ; 2° un lambeau comprenant la muqueuse intra-cervicale et beaucoup de parenchyme. Ce dernier est supprimé d'un coup de ciseau transversal, à la base du col, au-devant de l'isthme... Il faut maintenant réunir. Une aiguille courbe solide pénètre dans l'orifice utérin dilaté ; prenant une faible épaisseur de tissu musculaire, elle ressort presque aussitôt sur la tranche du moignon et traverse, de la surface cruentée vers la muqueuse, la pointe du lambeau qu'on amène à sa rencontre. Un premier fil de catgut (n° 3) est ainsi placé sur la ligne médiane ; puis deux autres fils sont

placés de même à droite et à gauche du premier. Quand les fils sont noués, ils mettent le bord du lambeau en contact avec l'orifice utérin. C'est ce qu'on appelle affronter la muqueuse vaginale avec la muqueuse utérine... Quand

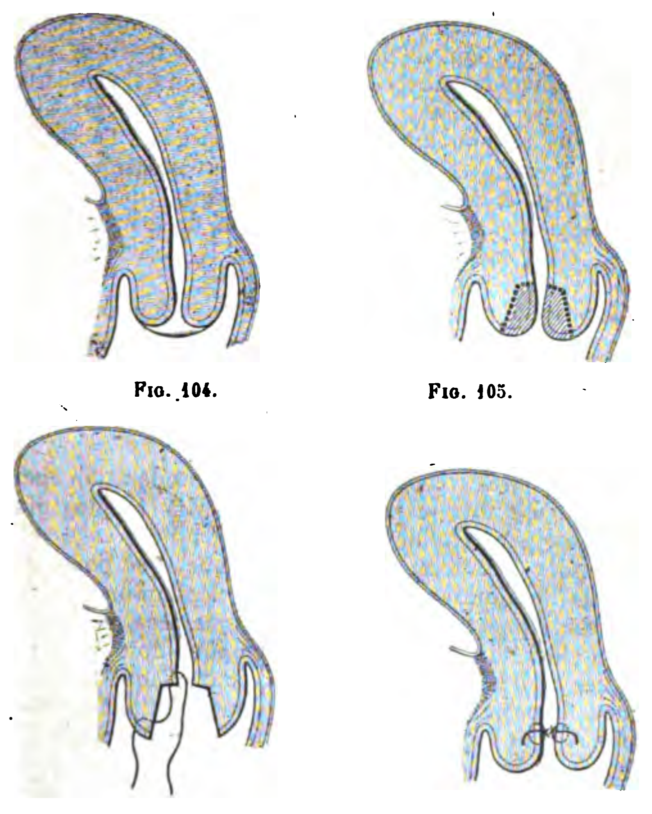


Fig. 104. Fig. 105.

Fig. 106. Fig. 107.

Opération de Schoeder.

l'opération est terminée sur la lèvre antérieure, on la recommence, identique, sur la postérieure. Puis il reste à suturer les commissures, ce que l'on fait à l'aide de deux fils placés

de chaque côté avec la même aiguille courbe. Pansement de la cavité utérine avec un crayon iodoformé. Pansement du vagin avec des tampons. »

Premier pansement après quarante-huit heures ; on retire les tampons, on donne une injection tiède, et une grande mèche de gaze antiseptique est placée dans le vagin. Nouveau pansement au bout de deux jours, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la malade soit en état de quitter son lit, vers la fin de la troisième semaine. Il va sans dire que les précautions aseptiques les plus minutieuses seront prises à l'occasion de chaque pansement. Pendant cette convalescence, le décubitus dorsal rigoureux n'est pas nécessaire ; il est permis à l'opérée de se tenir couchée sur le côté, de se mettre sur son séant, etc. ; mais la station debout, la position assise, la marche sont, bien entendu, interdites.

Le procédé de Schroeder est d'une exécution très difficile, surtout en ce qui concerne la taille du lambeau : c'est une opération qui ne doit pas être confiée à des débutants, sous peine de provoquer des délabrements irréparables (*fig.* 104 à 107).

Procédé de Simon-Markwald. — Cette opération épargne la muqueuse intra-cervicale, mais sacrifie la plus grande partie du parenchyme du museau de tanche.

Les soins préliminaires sont les mêmes que pour le procédé de Schroeder : dilatation par les laminaires, curettage, etc. Après débridement des commissures, on taille dans chaque lèvre du col un fragment conique dont la base est tournée en haut ; on obtient ainsi, pour chaque lèvre, deux lambeaux parfaitement égaux que l'on réunit par des sutures profondes au catgut (n° 3) ; il faut 3 ou 4 fils pour chaque côté. On termine la séance en suturant les commissures. Dans la cavité utérine, on introduit une petite mèche de gaze stérilisée ; tamponnement du vagin avec de la gaze stérilisée (*fig.* 108 à 110).

Pendant la convalescence, mêmes précautions à observer qu'après l'amputation de Schroeder.

Procédé de Bouilly. — Il a été préconisé contre les formes

légères, lorsque les lésions sont localisées sur chaque lèvre, près de la ligne médiane. Mais on doit prendre les mêmes précautions que s'il s'agissait d'une des amputations précédentes (dilatation, curettage, asepsie rigoureuse, etc.).

On excise sur chaque lèvre — avec ou sans débridement commissural — un lambeau cubique de muqueuse doublé d'une épaisseur de parenchyme variable suivant la profon-

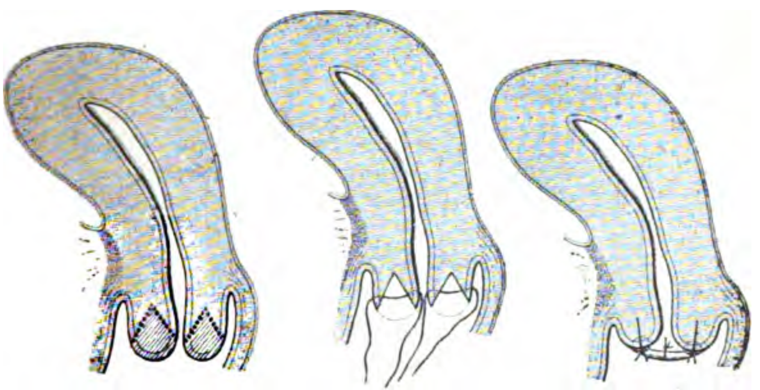


Fig. 108. Fig. 109. Fig. 110.
Opération de Markwald.

deur des lésions ; cette excision doit être faite au centre de chaque lèvre et à égale distance de chaque commissure. On obtient ainsi, de chaque côté, une sorte de gouttière plus ou moins profonde, dont les parois latérales sont réunies l'une à l'autre par des sutures au catgut (n° 2 ou n° 3) (*fig.* 111 à 114).

L'intégrité des commissures et de la muqueuse qui leur est contiguë met à l'abri des sténoses et des atrésies, si l'opération a été aseptiquement exécutée.

Procédé de Pouey. — « On circonscrit au bistouri la zone altérée par une incision intéressant la muqueuse et une certaine épaisseur du muscle sous-jacent, à 2 ou 3 millimètres de profondeur. On a ainsi un lambeau circulaire et

l'on dissèque avec la pointe des ciseaux jusqu'à ce qu'il se forme une sorte de corolle dont la tige creuse est constituée par la muqueuse endo-cervicale et la nappe glandulo-musculaire sous-jacente ; le cylindre est libéré jusqu'à l'isthme, puis sectionné un peu au-dessous de ce point de manière à obtenir un éperon circulaire et flottant. Suture du bord libre de cet éperon avec le bord libre du lambeau excen-

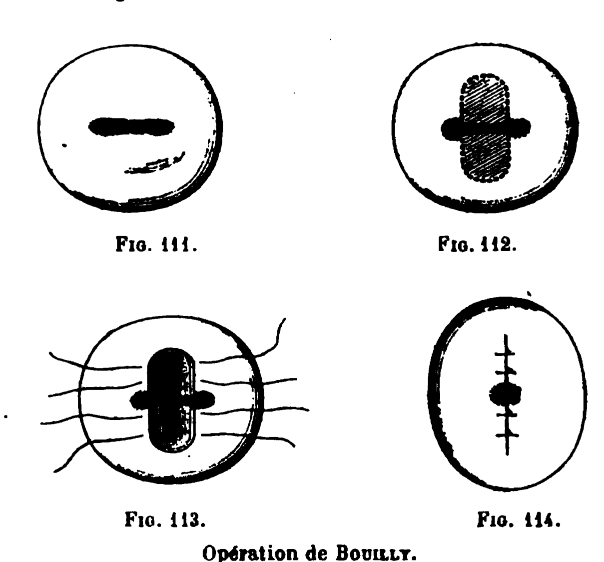


Fig. 111. Fig. 112.

Fig. 113. Fig. 114.

Opération de Bouilly.

trique formé par la muqueuse vaginale du museau de tanche. » (Pozzi.)

Procédé de Fuchs (de Kiel). — Après débridement des commissures, on résèque, aux dépens de chaque valve cervicale, une rondelle de parenchyme cervical comprise entre l'isthme et l'orifice externe du col, mais en ayant bien soin de ne pas léser la muqueuse intra-cervicale. La rondelle enlevée, la partie antérieure du col est rapprochée de la postérieure et fixée par des sutures. Il en résulte un raccourcissement antéro-postérieur de ce segment utérin. Ce pro-

cédé compliqué n'a pas encore été exécuté en France (*Beiträge zur Geb. und. Gyn.*, 1900, t. III, p. 425).

Il existe encore plusieurs procédés d'amputation cervicale, mais d'importance tout à fait secondaire ; il nous paraît bien inutile de les décrire. Quant à l'*amputation supra-vaginale*, nous en parlerons longuement en étudiant le traitement du cancer cervical.

Indications ; choix du traitement dans l'endométrite chronique. — Nous allons maintenant essayer de préciser la conduite à tenir dans les différentes formes de la maladie ; mais il est bien entendu que nous n'aurons en vue, ici, que le traitement de l'endométrite chronique.

Commençons par le *curettage*. C'est une banalité de dire qu'on a abusé de cette opération, qu'on l'a appliquée, à tort et à travers, à des cas où elle était formellement contre-indiquée. Aujourd'hui encore, pour beaucoup de praticiens : endométrite chronique = curettage. Or rien n'est plus contraire à la vérité.

L'endométrite totale post-puerpérale, avec suppuration de la muqueuse et métrorragies modérées ou même sans métrorragies, voilà la principale, nous allions dire l'unique indication du curettage. Chez ces femmes, la muqueuse est si profondément altérée qu'elle n'existe pour ainsi dire plus ; elle est transformée en une couche mollasse, fongueuse, infiltrée de pus et de sang. Ici la curette fera merveille en supprimant d'emblée tous les tissus malades. Est aussi justiciable du curettage l'endométrite chronique totale qui évolue dans un utérus sclérosé : c'est le meilleur moyen d'avoir raison des métrorragies assez abondantes qu'on observe dans ce cas.

Il va sans dire que la curette rend aussi les plus grands services contre les hémorragies entretenues par la présence de petits débris placentaires chez les femmes mal délivrées ; mais, ici, il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une endométrite. La malade perd du sang parce que son utérus renferme encore des lambeaux de placenta et non parce qu'elle est atteinte de métrite, bien que celle-ci puisse coexister. Dans ce cas, le curettage est indiqué à ce double titre : contre la rétention placentaire et contre l'infection de l'endomètre.

En dehors de ces trois grandes indications, l'abrasion de la muqueuse est une intervention dont on peut presque toujours se passer.

S'agit-il d'une infection légère et récente ? La dilatation par les laminaires suivie de quelques irrigations intra-utérines à l'eau oxygénée étendue suffit très souvent. Il va sans dire que, pendant toute la durée du traitement, c'est-à-dire pendant quatre à six semaines, la malade devra être soumise au repos le plus complet dans le décubitus dorsal : c'est une condition essentielle pour réussir.

En cas d'insuccès, il faut recourir à des moyens plus énergiques : dilatation prolongée par les laminaires (pendant une semaine), lavages intra-utérins avec de l'eau oxygénée étendue ; attouchements des parois de la cavité utérine avec de la teinture d'iode et introduction d'une mèche modérément tassée si l'on veut drainer, fortement tassée si l'on veut tamponner. Renouveler ces lavages et ces mèches cinq ou six fois. Cette méthode nous a procuré plusieurs guérisons remarquables ; mais on peut aussi échouer ou n'obtenir qu'un résultat incomplet.

On aurait bien tort de se décourager et de proclamer l'incurabilité de la métrite. Il faut, au contraire, s'armer de bonne volonté et recommencer le même traitement, ou mieux encore s'adresser aux *caustiques énergiques*. Le chlorure de zinc est un excellent moyen : nous avons expliqué la manière de s'en servir (Voyez p. 277) ; mais, pour notre part, nous aimons mieux recourir au caustique de FILHOS, qui nous a donné des résultats positivement merveilleux. On trouvera ailleurs la description détaillée de la technique à employer. En général, la guérison survient du premier coup ; mais l'insuccès ne doit pas faire renoncer au traitement : nous conservons le souvenir d'une endométrite chronique rebelle, qui ne céda qu'à la troisième série de cautérisations au FILHOS, et la guérison se maintient depuis plusieurs années.

Passons maintenant au traitement de la *métrite chronique* du *col*, *cervicite chronique*, *catarrhe cervical* des vieux auteurs.

De l'aveu unanime des chirurgiens, le curettage le mieux

fait est impuissant contre cette forme de l'infection utérine, à cause de la profondeur des lésions glandulaires ; nous avons vu, en effet, en étudiant l'anatomie pathologique, que les glandes cervicales, anfractueuses, irrégulières, ramifiées, s'enfoncent jusque dans l'épaisseur de la paroi musculaire, en un point où la curette ne pourrait arriver sans dilacérer gravement le museau de tanche.

Ici ce sont les caustiques qui font merveille, et au premier rang de ceux-ci il faut placer le Filhos. En fondant au contact humide de la muqueuse endo-cervicale, ce caustique s'infiltre en tache d'huile et pénètre rapidement dans tous les diverticules glandulaires, qu'il détruit avec la plus grande facilité. Son action est tellement énergique qu'il peut être dangereux de le confier à des mains trop inexpérimentées ou trop brutales. En exposant plus haut les détails de la technique (Voyez p. 276), nous avons indiqué les moyens de prévenir les brûlures trop profondes et les désordres irrémédiables.

Quant aux *opérations anaplastiques*, elles conviennent surtout aux cervicites chroniques invétérées avec sclérose hypertrophique du museau de tanche : ici il faut enlever largement la muqueuse, les glandes altérées, le parenchyme sclérosé. D'après M. Richelot, on pourrait atteindre le même résultat au moyen de cautérisations par le Filhos, mais un pareil traitement exigerait plusieurs mois, tandis que le bistouri est beaucoup plus expéditif ; au bout de quatre semaines au plus, la guérison est radicale et définitive.

Voyons maintenant quelle est la valeur des procédés que nous avons décrits.

Théoriquement, l'opération du Schroeder représente le procédé de choix, car il réalise l'excision large, radicale de tous les tissus touchés par l'infection ; malheureusement il en est tout autrement dans la pratique, et voici pourquoi : « De tous les procédés appliqués au col, dit M. Pozzi, celui de Schroeder est le plus difficile, celui, du moins, qui se prête le moins à une exacte coaptation et à une réunion primitive parfaite, et cela demande une habileté consommée qu'on ne saurait exiger de la plupart des praticiens. »

« Les opérations sur le col, dit aussi Richelot, sont d'une

exécution fort délicate et demandent, pour réussir, beaucoup de soin et d'attention ; il faut distinguer deux mauvaises techniques : le *Schroeder-ébarbement*, dans lequel le chirurgien se contente d'abraser la pointe du museau de tanche et de retourner quelques millimètres de muqueuse ; le *Schroeder-délabrement*, dans lequel, emporté par son zèle, il ne laisse au fond du vagin qu'un moignon informe, qu'une série de mamelons irréguliers séparés par des incisures, etc. Le premier type ne guérit pas la métrite, mais il a au moins le mérite d'être inoffensif ; le second est grave et risque de produire ces anneaux rigides qui, au moment de l'accouchement, ne se laissent pas dilater. » Mais ce n'est pas tout ; pour éviter la sténose et les accidents du travail, il ne suffit pas d'avoir taillé un beau lambeau et réalisé un affrontement parfait entre la muqueuse vaginale et la muqueuse intra-cervicale, il faut encore pouvoir garantir la réunion primitive, idéale, de la ligne des sutures ; même en l'absence d'une infection proprement dite, l'affrontement des sutures muqueuses ne vaut jamais celui de la peau ou du péritoine ; il suffit d'une désunion pas très étendue, résultat d'une petite infection tout à fait localisée, pour entraîner une réunion par seconde intention et la production de tissu inodulaire ; c'est ce qui n'arrive que trop souvent, même aux opérateurs les plus expérimentés, le mieux entraînés à ces sortes d'interventions.

Le professeur PINARD a montré que l'opération de SCHROEDER est responsable de bien des méfaits au point de vue obstétrical ; ainsi, sur 16 cas de grossesse survenue après l'amputation du col par ce procédé, il note 11 accouchements avant terme (*Soc. d'obst., de gyn. et de pédiatrie*, 1899, 31 mars). MM. CHAMPETIER DE RIBES, PORAK, LEPAGE ont aussi publié des observations qui ne font que confirmer les faits avancés par M. PINARD. A l'étranger, M. GRAEFE a, de son côté, attiré l'attention sur les résultats éloignés de cette opération, et, de ses observations, il conclut : 1° que le SCHROEDER détermine très souvent l'atrophie du museau de tanche ; 2° qu'il provoque l'accouchement prématuré ; 3° qu'il est une cause de sténose, de dysménorrhée, de stérilité (*Münch. med. Woch.*, 1899, n° 23).

Pour M. Richelot, le Schroeder est une opération utile, recommandable, « à la condition d'être bien faite et sous la protection d'une asepsie rigoureuse ».

M. Pozzi accorde la préférence au procédé biconique de Markwald, mais en le modifiant suivant les circonstances, de manière à ménager tantôt la muqueuse, tantôt le parenchyme du col ; il reconnaît, toutefois, « qu'entre des mains expérimentées l'amputation de Schroeder peut rendre de grands services ».

M. Doléris, dans une thèse inspirée à M. Bernheim en 1899, a, du Schroeder, meilleure opinion que les chirurgiens que nous venons de nommer ; à son avis, ce procédé « est le meilleur qu'on puisse pratiquer sur le col et qui ne porte aucun préjudice aux fonctions génitales de la femme ». Et nous devons reconnaître que sa statistique lui donne le droit de formuler cette appréciation : « en effet, sur 48 opérées 46 sont devenues enceintes, 4 ont avorté, et 20 de ces femmes étaient stériles avant l'opération ».

A notre avis, le procédé de Schroeder ne devrait jamais être pratiqué chez des femmes jeunes, en âge d'avoir des enfants, car, quelque attention qu'on y mette, il est impossible de garantir la réunion idéale de la ligne des sutures [1]. Quant à remplacer cette opération par celle de Markwald, il n'y faut guère songer, car celle-ci ne remplit que très incomplètement les indications d'une intervention dirigée contre l'endo-cervicite. En effet, nous avons vu, en décrivant la technique, que le Markwald respecte toute la muqueuse

1. Telle est aussi l'opinon formulée par Léonard (de Baltimore) dans un mémoire récemment publié (*Surg. Gyn. and Obs.*, 1913).

Cet auteur base ses conclusions sur une statistique de 128 cas d'amputations cervicales pratiquées dans le service de H. Kelly. La guérison radicale de la leucorrhée a été constatée chez 60 0/0 des femmes opérées ; dans 30 0/0 des cas, on a noté une amélioration très nette ; enfin dans 50 0/0 des cas, la dysménorrhée disparut complètement. Mais, à ces avantages, il est juste d'opposer les graves inconvénients suivants : 1° les quatre cinquièmes des opérées sont frappées de stérilité ; 2° les grossesses qui surviennent après cette amputation sont très souvent compliquées de dystocie par rigidité du col.

En définitive, Léonard estime que l'amputation du col est très rarement justifiée chez les femmes jeunes, pendant la période de l'activité génitale.

intra-cervicale, sauf peut-être le fond des culs-de-sac glandulaires qui pénètrent dans le parenchyme du museau de tanche. Dès lors à quoi bon enlever du tissu musculaire à peine malade en laissant une muqueuse profondément altérée et source unique de tout le mal? Cependant il nous semble qu'on pourrait résoudre la difficulté de la manière suivante : 1° exécuter un MARKWALD typique, mais en faisant passer la section aussi près que possible de la face profonde de la muqueuse, de manière à intéresser les culs-de-sac glandulaires les plus profonds ; 2° attendre la cicatrisation complète de la plaie ; 3° cautériser la muqueuse avec le FILHOS ou avec le chlorure de zinc ou tout autre caustique. En adoptant cette manière de faire : 1° on agit sur la lésion de la muqueuse par le caustique ; 2° au moyen de l'amputation biconique, on supprime la partie du parenchyme la plus voisine de la muqueuse malade, région très souvent infiltrée ou atteinte de sclérose.

Il nous reste à parler du procédé de BOUILLY ; nous avons vu qu'il ne supprime que la muqueuse médiane, de chaque lèvre du museau de tanche, ainsi qu'une petite portion du parenchyme sous-jacent ; on ne doit y recourir que pour traiter des endo-cervicites très localisées. Ses indications ne sont donc pas très fréquentes.

Bibliographie. — WIDAL (*Thèse de Paris*, 1889). — KRŒNIG et MENGE (Bact. des genit. Kanals. Leipzig. 1887). — HALLÉ (*Thèse de Paris*, 1898). — DUJON (*Thèse de Paris*, 1897). — DUBOUCHET (*Thèse de Paris*. 1897). — PINARD (*Soc. d'obst., de gyn. et péd.*, 1899, 31 mars). — POZZI (*Traité de Gyn.*, 4e édition, 1905). — RICHELOT (*Chirurgie de l'utérus*. O. Doin, éditeur, Paris, 1902), etc. — BERGHOLM (*Archiv. f. Gyn.*, 1902). — WALTHARDT (*Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1902). — SCHROEDER (*Arch. f. Gyn.*, 1910). — LETULLE (*Soc. anatomique*, 1909). — BLAIR-BELL (*Brit. med. Journal*, 1910).

KYSTES DE L'UTÉRUS

Kystes non parasitaires. — Rien de plus obscur que la pathogénie des collections enkystées non parasitaires ; aussi n'est-il guère possible d'en tracer une étude d'ensemble

basée sur des faits précis. Nous nous contenterons donc de signaler quelques observations éparses dans la littérature médicale.

a) Parmi les plus curieuses, il faut citer les faits tout récemment rapportés par M. VAUTRIN (de Nancy) et concernant des **kystes dermoïdes** développés dans le cul-de-sac vésico-utérin, sur la ligne médiane, et dont l'expansion a pour effet de comprimer la vessie et de refouler l'utérus en arrière ; inutile d'insister sur les troubles qui en résultent. Ces tumeurs peuvent s'infecter, suppurer, contaminer le péritoine et, partant, provoquer des accidents extrêmement sérieux ; d'autres fois, la collection suppurée s'ouvre dans la vessie et la malade émet de l'urine tenant en suspension des grumeaux sébacés et des poils (*pilimiction*) ; de la vessie l'infection peut gagner les voies urinaires supérieures et donner lieu à des complications dont la gravité n'a pas besoin d'être soulignée (1913).

b) DARDANELLI (de Turin) a publié, en 1912, le cas fort singulier d'une femme de 42 ans, qui, depuis l'âge de 37 ans, date de son mariage, était très abondamment et irrégulièrement réglée. L'examen révéla la présence d'une tumeur abdominale constituée par l'utérus hypertrophié, gros comme les deux poings, globuleux, dur et à peine mobile. L'ouverture du ventre fit découvrir une collection liquide enkystée logée dans le fond de la matrice, entre les deux cornes. La paroi de ce kyste était formée par du tissu conjonctif en voie de transformation hyaline, se continuant sans ligne de démarcation avec la musculature de l'organe de la gestation ; il contenait 500 grammes d'un liquide séro-sanguinolent, alcalin, renfermant de l'albumine. Quel pouvait bien être le point de départ de ce kyste ? S'agissait-il d'une néoformation embryonnaire, ou bien était-il le résultat d'un processus inflammatoire ? L'auteur s'abstient de conclure, et pour cause !

c) A signaler encore le cas relaté par BEATI en 1911 : une tumeur liquide enkystée formée aux dépens du museau de tanche, tumeur presque aussi grosse qu'une tête de fœtus. D'après l'auteur, ce néoplasme pouvait bien provenir de **débris wolffiens.**

Kystes hydatiques. — Ces tumeurs constituent de véritables raretés, et il va sans dire que le diagnostic en est impossible, sauf dans le cas où il y a eu rupture de la poche dans la cavité utérine et issue des vésicules-filles dans le vagin. C'est ce qui a été observé par Cuzzi (de Rome) chez une femme porteuse d'une tumeur utérine globuleuse, fluctuante et dans laquelle l'auscultation avait révélé un souffle. Dans le but d'éclairer le diagnostic, ce chirurgien eut recours à l'hystérométrie dans le sommeil chloroformique. L'introduction de l'instrument provoqua l'écoulement d'un liquide parfaitement clair, limpide, tenant en suspension des vésicules-filles. La collection se vida par cette voie et la guérison s'ensuivit sans autre intervention.

Mentionnons encore l'exemple relaté par Giles (de Londres) en 1911. Au cours d'une hystérectomie entreprise pour l'ablation d'une tumeur qu'on supposait être un fibrome, on reconnut la présence d'une collection liquide logée dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice ; cette collection était un kyste hydatique gros comme une orange et contenait des vésicules-filles et petites-filles en assez grand nombre.

ABCÈS DE L'UTÉRUS

On a pendant longtemps contesté — sinon nié — la réalité de l'abcès utérin, c'est-à-dire d'une collection purulente aiguë logée dans l'épaisseur du parenchyme. Nous savons aujourd'hui que ces abcès existent, mais qu'ils sont fort rares.

Dans l'immense majorité — sinon la totalité — des cas connus, c'est l'infection puerpérale qui préside au développement de ces foyers septiques, et leur symptomatologie se confond généralement avec celle de la maladie provocatrice ; elle passe presque toujours inaperçue jusqu'au moment où le pus s'étant frayé une voie hors des parois utérines va se déverser soit dans la cavité de la matrice, soit dans le tissu cellulaire pelvien, soit dans les



ligaments larges, soit, enfin, dans la cavité péritonéale. Il s'ensuit donc que le diagnostic n'est presque jamais posé, ni même possible, à moins que l'attention ne soit attirée par la distension des parois utérines. C'est ce qui est arrivé à SAMPSON, en 1910 ; il soupçonnait la présence d'un fibrome, bien que la malade fût une nouvelle accouchée, et il pratiqua une laparotomie exploratrice, qui le mit sur la voie du diagnostic. La collection fut largement débridée et soigneusement drainée. L'opérée guérit.

Le cas rapporté par HARRIGAN n'est pas moins intéressant. La malade, une femme de 36 ans, récemment accouchée, avait d'abord subi un curettage, à cause d'une rétention placentaire ; mais l'infection poursuivant son évolution, l'auteur fit une laparotomie exploratrice qui révéla la présence d'un abcès utérin, avec perforation de la paroi et contamination secondaire du ligament large. Guérison. (*New-York méd. Journal*, 1913.)

Enfin BARROWS a consigné dans un mémoire paru en 1911 plusieurs observations concernant des abcès caractérisés par les localisations suivantes : un abcès de la corne droite, un abcès voisin de la corne gauche, un gros abcès de la paroi antérieure, un abcès siégeant près du fond; enfin, une dernière malade avait deux abcès simultanément, etc.

En définitive, l'abcès utérin ne saurait avoir de physionomie propre, bien caractérisée, attendu que ses symptômes sont masqués par l'évolution, beaucoup plus bruyante, de l'infection causale.

Quant au traitement, il est évident que l'intervention chirurgicale s'impose ; mais les auteurs pensent qu'il est plus prudent d'attendre la cessation des phénomènes aigus pour prendre le bistouri ; en d'autres termes, il faut autant que possible opérer à froid, à moins d'avoir la main forcée par l'apparition de phénomènes alarmants. Il nous paraît superflu d'insister sur les détails de la technique : protection du péritoine sain, drainage aussi large que possible du foyer septique, drainage du petit bassin par la voie haute ou basse, etc. [1].

1. Nous devons une mention à la thèse toute récente de M. E. ROY (Paris, 1914). C'est une bonne étude d'ensemble relatant une cinquan-

CONGESTION ET SCLÉROSE DE L'UTÉRUS

Étiologie et pathogénie. — La sclérose de l'utérus peut être sommairement définie : une métrite non infectieuse, une métrite sans microbes. Et il est de fait que les femmes qui en sont atteintes présentent, à un examen superficiel, la plupart des symptômes qui caractérisent l'infection de l'endomètre : douleurs hypogastriques, irradiations lombaires, ménorragies, règles capricieuses, pertes blanches profuses et persistantes, etc. Mais il suffit de regarder les choses d'un peu près, d'interroger avec soin le passé des malades, d'apporter à l'étude des symptômes un peu plus d'attention qu'il n'est d'usage de le faire, pour se convaincre, sans aucun effort d'imagination, qu'on applique trop souvent l'étiquette d'endométrite à des cas qui n'ont rien à voir avec une infection de la muqueuse utérine.

Ces *pseudo-métrites*, comme on les appelle aujourd'hui, n'avaient pas échappé à la sagacité des anciens cliniciens. SCANZONI, RÉCAMIER, NONAT les avaient parfaitement distinguées des véritables métrites. « Beaucoup de ces engorgements de la matrice que l'on regarde comme inflammatoires n'ont rien d'inflammatoire au sens précis du mot ; ce sont des désordres de nutrition, comme on en voit se former dans d'autres organes, à la suite d'une hyperhémie de longue durée. » Toute la pathogénie de la sclérose utérine tient dans cette phrase célèbre de RÉCAMIER.

COURTY, DE SINÉTY, MARTINEAU, d'autres encore, ne pensaient pas autrement, mais leurs observations passèrent complètement inaperçues, et l'on continua de renfermer dans le groupe des métrites tous les états pathologiques

taine d'observations sérieusement compulsées. Entre autres particularités dignes d'attention, l'auteur insiste sur la fréquence des abcès de la paroi postérieure, du fond et des cornes. Quant au traitement, il est évident que la voie abdominale est celle qu'on est forcée de choisir dans la majorité des cas ; la voie vaginale n'est indiquée que pour aborder les abcès du museau de tanche et les abcès sous-muqueux voisins de la cavité cervicale.

qu'on ne pouvait classer ni parmi les fibromes, ni parmi les tumeurs malignes, ni parmi les déplacements.

Une réaction a fini par se produire, et, depuis quelques années, il est de nouveau question de la dualité de l'endométrite. Dans un remarquable mémoire paru en 1886 sur *la métrite et les fausses métrites*, M. Doléris proposa d'établir une distinction entre la métrite, maladie microbienne par excellence, et les états pathologiques qui sont la conséquence de simples troubles de nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses, sanguines, lymphatiques, traumatiques, etc.

Quelques années plus tard, MM. Siredey, Paul Petit, Dalché essayèrent aussi de réagir contre la mode du jour ; mais leur protestation ne fut pas plus entendue que celles des auteurs précédents.

Il était réservé à M. Richelot d'asseoir cette doctrine sur des bases réellement scientifiques ; le premier il nous a dit d'une manière nette et précise ce qu'il fallait entendre par pseudo-métrite et pourquoi la congestion primitive, la sclérose protopathique de l'utérus n'étaient pas des processus infectieux, des endométrites. Voici, résumée en quelques lignes, cette doctrine pathogénique, à notre avis si séduisante, et qui a suscité plus d'une discussion intéressante à la *Société d'obstétrique et de gynécologie* de Paris.

La sclérose de l'utérus est le résultat d'une dystrophie primitive qui a ses racines dans l'organisme des arthritiques ; cette dystrophie débute « chez la jeune fille par la simple congestion, avec névralgie et catarrhe, et aboutit un peu plus tard à la sclérose confirmée ». En d'autres termes, certaines femmes, « issues de souche neuro-arthritique », naissent avec une tendance naturelle à la congestion et à la stase pelviennes ; cette tendance une fois déclarée, établie, la dystrophie utérine, obéissant aux impulsions de l'innervation vaso-motrice, évoluera en deux phases distinctes. La première, *phase* de *congestion*, débute immédiatement après la puberté et se caractérise par une menstruation irrégulière, douloureuse, accompagnée de troubles nerveux ; elle s'accentue vers la vingtième année en donnant lieu à des symptômes de *pseudo-métrite :* douleurs,

ménorragies, métrorragies leucorrhée profuse (*endométrite des vierges*) ; la seconde, *phase* de *sclérose* progressive, commence à se dessiner chez les jeunes femmes, elle s'aggrave vers la trentaine (*métrite douloureuse chronique*, *métrite hémorragique*, *endométrite exfoliante*, *dysménorrhée membraneuse*), pour atteindre son apogée aux environs de la ménopause (*métrite climatérique*, *utérus géant*, *utérus fibromateux sans fibromes*). Nous verrons plus loin, en étudiant les corps fibreux, que M. Richelot ne fait, en somme, aucune différence pathogénique entre la sclérose et la fibromatose : le terrain est le même, les tendances sont identiques ; il n'y a donc qu'une question de degré entre l'utérus simplement scléreux et la matrice farcie de fibromes.

Pour démontrer que l'utérus scléreux n'est pas un utérus infecté, que la sclérose et l'endométrite sont deux entités, deux états pathologiques parfaitement distincts, M. Richelot se base : 1° sur les résultats constamment négatifs de l'enquête étiologique ; 2° sur les résultats de l'examen histologique et de l'examen bactériologique, également négatifs au point de vue d'une infection contemporaine ou antérieure ; 3° sur l'intégrité du museau de tanche, qui ne rappelle en rien le gos col ulcéré et purulent de la cervicite chronique ; 4° sur la présence de certains symptômes propres à la sclérose : caractères de la leucorrhée, évolution des poussées congestives, etc. ; 5° enfin, sur l'inefficacité du traitement classique de l'endométrite : curettage, cautérisations intra-utérines, etc.

L'auteur ne nie pas la *métrite virginale*, mais il soutient que la plupart des métrorragies des jeunes filles sont intimement liées à l'évolution de la sclérose. L'infection de l'endomètre est possible chez les vierges, mais elle est exceptionnelle, ce qui ne surprendra personne. Il ne nie pas davantage l'*endométrite de la ménopause ;* seulement, en interrogeant l'histologie et la bactériologie, il constate que, dans la majorité des cas, l'utérus de ces malades n'offre pas le moindre vestige d'une inoculation microbienne.

Telle est la doctrine édifiée par M. Richelot ; nous la trouvons séduisante, et il nous semble qu'elle jette une vive lumière sur la cause d'un grand nombre d'insuccès théra-

peutiques ; elle démontre aussi l'importance de la notion pathogénique au point de vue de l'application du traitement.

Il n'en est pas moins certain que cette conception a été fortement battue en brèche par beaucoup de chirurgiens français.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de toutes les discussions que cette intéressante question a suscitées au sein des différentes sociétés savantes : il nous suffira de reproduire les objections formulées par M. le professeur Pozzi, car elles résument bien l'opinion de la plupart des adversaires de la doctrine. « Je ne pense pas, dit-il, qu'il y ait lieu d'établir une distinction entre la métrite et la pseudo-métrite ou sclérose utérine. Accepter cette distinction serait revenir au rajeunissement, sous une nouvelle marque, de l'engorgement des anciens. Je persiste donc à enseigner que les soi-disant pseudo-métrites sont d'origine inflammatoire et relèvent de l'infection... Il faut seulement reconnaître que la diathèse rhumatismale joue un rôle considérable dans l'évolution d'une métrite infectieuse ; il faut aussi ajouter que la coexistence d'une ovarite scléreuse et d'un varicocèle tubo-ovarien imprime une allure un peu spéciale à une métrite... Mais ces faits, qui sont des faits d'exception, ne peuvent conduire à l'établissement, comme entité morbide, de la pseudo-métrite, de la sclérose utérine. »

A l'étranger, des chirurgiens et des gynécologistes distingués se sont élevés depuis longtemps avec force contre la prétention des auteurs qui veulent attribuer à l'infection tous les états morbides de l'utérus ne rentrant pas dans la catégorie des néoplasmes ; et il est intéressant de noter que les observations qu'ils ont publiées pour combattre la doctrine adverse rappellent d'une manière frappante la sclérose utérine, telle qu'elle a été décrite par M. Richelot.

Il y a d'abord les faits rapportés par MM. Doederlein et Pfannenstiel, faits relatifs à des endométrites fongueuses ; pour eux, cette soi-disant métrite fongueuse n'est pas de nature microbienne : il s'agirait tout simplement d'une hyperplasie primitive de l'endomètre.

Nous verrons plus loin, à l'*Anatomie pathologique*, que

M. RICHELOT est exactement du même avis. Dans des articles beaucoup plus récents, DOEDERLEIN, TREUB, WINTER soutiennent également que certains gros utérus soi-disant atteints de métrite ne présentent aucune trace d'infection ni récente ni ancienne.

VAN TUSSENBROCK, MENDES DE LÉON, MENGE, WALTHARD se refusent aussi à voir l'infection à l'origine de tout état pathologique qui n'est pas une tumeur. VEDELER affirme qu'il y a des *pseudo-métrites hystériques* contre lesquelles le traitement local ne peut donner que des déboires, attendu que la muqueuse n'a été à aucun moment infectée. Les observations publiées par REINICKE ne sont pas moins instructives : ayant eu l'occasion d'examiner quatre utérus enlevés dans le but de faire cesser des métrorragies graves, il y releva les lésions suivantes : hyperplasie de la muqueuse, augmentation considérable du nombre des glandes, sclérose des artérioles ; en revanche, pas la moindre trace d'un processus infectieux. FRANZ a rapporté une observation non moins concluante. Celles de THEILHABER méritent aussi d'être mentionnées ; pour cet auteur, il y a des métrorragies qui ne dépendent ni d'un néoplasme ni d'une lésion infectieuse ; chez ces malades, il a noté souvent une hypertrophie notable de la matrice, dont la muqueuse était considérablement hyperplasiée ; d'autres fois, il a constaté, au contraire, l'atrophie de l'organe, avec une muqueuse en apparence normale.

On a également publié des faits intéressants relatifs à la *métrite virginale* ou plutôt à la *pseudo-métrite* des vierges. Nous avons vu ce qu'en pense M. RICHELOT. Les cas rapportés par M. RAINERI (de Turin) semblent lui donner pleinement raison. Chez deux vierges atteintes de métrorragies graves et qui furent traitées par le curettage, M. RAINERI ne put jamais découvrir le moindre vestige d'infection : la muqueuse était fortement hyperplasiée et les glandes beaucoup plus nombreuses que dans l'utérus normal. Pour terminer, nous devons mentionner les faits que vient de publier M. WITTEK, faits relatifs aux métrorragies essentielles des vierges et des nullipares ; d'après cet auteur, la cause de ces troubles résiderait dans une altération primitive de la tunique

interne des vaisseaux, altération absolument identique à celles de l'artério-sclérose typique et, par conséquent, *indépendantes de toute intervention microbienne* [1].

Nous verrons plus loin, en étudiant l'ovaire scléro-kystique, que, chez les femmes atteintes de sclérose utérine, les glandes génitales ne sont presque jamais indemnes, qu'elles offrent des lésions de même origine que la matrice. M. Richelot croit même que l'altération ovarienne est très précoce, et qu'elle peut être constituée tandis que l'utérus en est encore à la phase congestive ; bien plus, il a attiré l'attention sur la fréquence de la dégénérescence micro-cystique des ovaires dans les cas de corps fibreux, coïncidence frappante et bien faite pour corroborer la doctrine qui ne voit qu'une affaire de degré entre l'utérus scléreux et l'utérus criblé de fibromes [2].

1. Kurt Witter. Scléorose des vaisseaux utérins, etc. (*Monat. für Geburt. und Gynäk.*, 1906, t. XXIII, p. 796).

2. Dans un article paru en 1912, dans la *Presse Médicale*, MM. Forgue et Massabuau abordent incidemment la question de la *sclérose utérine* en étudiant les *métrorragies* de la *ménopause* qu'ils comparent à celles de l'*instauration menstruelle*. S'inspirant des travaux assez récents de Theilhaber, de Friedley, de Schickele, de Keller, de Adler, etc., ces auteurs supposent que la cause de ces hémorragies doit être rattachée à une perturbation fonctionnelle de l'ovaire; en d'autres termes, le point de départ, le *primum movens* de ces métrorragies serait une modification de la fonction glandulaire de l'ovaire, modification provoquée par des altérations anatomiques tantôt visibles à l'œil nu (dégénérescence micro-cystique), tantôt révélées par le microscope seul (*augmentation énorme du nombre des atrésies folliculaires, néoformation de cellules lutéiniques, hyperproduction de cellules interstitielles*, en un mot *hypertrophie de la glande à sécrétion interne*).

En lisant ce travail, il saute aux yeux que la question si complexe, si ardue de la *sclérose utérine* et des *fausses métrites* a été très insuffisamment méditée par MM. Forgue et Massabuau. En effet, pour ces auteurs, les *hémorragies* dites *essentielles*, *sine materia*, ne se manifesteraient qu'à deux périodes de la vie génitale de la femme : l'*établissement des règles* et les *approches* de la *ménopause*. Or rien n'est moins exact. Nous verrons, au contraire, au cours de notre étude, — et il s'agit d'un fait d'observation courante, d'un fait clinique facile à vérifier — que les femmes sujettes aux congestions pelviennes, les candidates à la sclérose, « perdent » copieusement pendant toute la durée de l'activité utéro-annexielle et non point seulement aux deux pôles de leur vie génitale, suivant l'expression de MM. Forgue et Massabuau. Comme nous le montrerons au cours de cet article, ces hémorragies ne sont

Anatomie pathologique. — Au début, l'organe est simplement congestionné, gorgé de sang, et, dans l'intervalle des poussées, rien ne permet de le différencier de l'utérus normal.

Mais, à mesure que la sclérose se développe, l'utérus devient le siège d'altérations caractéristiques tout à fait différentes de celles que l'on observe dans l'endométrite. L'augmentation de volume est un symptôme constant, mais cette hypertrophie varie beaucoup avec les sujets et avec l'âge de la malade. Au début il est à peine plus gros que l'utérus normal, ou bien il atteint assez souvent les dimensions du poing ; plus tard, il mesure 10, 12, 15 centimètres de longueur. Sa forme générale est conservée, sa surface extérieure est régulière, tapissée par une séreuse lisse, polie, exempte d'adhérences et d'exsudats péritonéaux. Le museau de tanche est souvent hypertrophié, parfois énorme ; en revanche, jamais on ne le trouve déformé, déchiré, ulcéré comme dans la cervicite chronique ; il offre une coloration uniformément rose, rouge ou violacée. La cavité utérine est toujours agrandie : l'hystéromètre indique de 8 à 12 centimètres, rarement davantage.

A l'œil nu, la muqueuse intra-utérine paraît très épaissie, lisse, blanchâtre, ferme, en un mot très semblable à celle de l'utérus fibromateux. Dans les cas un peu anciens, on y rencontre deux lésions assez spéciales, que les auteurs classiques considèrent généralement comme des manifestations de nature inflammatoire : les *fongosités* et les *petits polypes muqueux*. Les premières forment de petites saillies de grosseur et de forme très variables, jaunâtres, rosées, grises, qui hérissent la surface de la muqueuse du corps utérin. Les polypes sont de petites tumeurs pédiculées, molles, jaunâtres ou rosées implantées dans la muqueuse endo-cervicale ; il n'est pas rare de les voir faire saillie au dehors, à travers l'orifice externe du col. Disons tout de suite que ces deux pro-

pas continuelles ; elles se produisent surtout à l'occasion des poussées menstruelles, ou bien dans l'intervalle de celles-ci, quelquefois sans cause apparente, le plus souvent sous l'influence d'un facteur banal : fatigue physique, émotions morales vives, écarts de régime, excès vénériens, etc.

ductions ne sont pas le résultat d'un processus microbien, mais des exemples d'hyperplasie pure et simple.

Du côté du parenchyme, on constate aussi que la paroi musculaire a sensiblement augmenté d'épaisseur ; sur une coupe, on trouve cette zone deux ou trois fois plus large qu'à l'état normal.

Au point de vue histologique, la sclérose utérine se caractérise par des lésions très spéciales et qui n'ont rien à voir avec les altérations bien connues de l'endométrite chronique.

Les glandes sont très nombreuses, allongées, ramifiées, flexueuses, mais *exemples de toute altération structurale ;* même intégrité du côté du stroma de la muqueuse, dans lequel on ne découvre aucune trace d'infiltration leucocytaire ; même observation au sujet des soi-disant fongosités et des polypes dont nous avons déjà parlé ; ces deux productions sont le résultat de l'hyperplasie des différents éléments de la muqueuse ; il suffit de les examiner avec attention et impartialité pour reconnaître que l'infection n'a joué aucun rôle dans leur développement. Quant à l'épithélium de revêtement, il est toujours intact.

Les vaisseaux sanguins présentent des lésions très variables au point de vue de l'intensité. Chez certaines femmes, et surtout lorsque la maladie est au début de son évolution, la vascularité de la muqueuse est normale ou peu s'en faut ; puis, à mesure que le sclérose se constitue, cette membrane devient très vasculaire, et l'on a rapporté des observations où il est question d'une véritable transformation caverneuse. Il faut noter aussi que cette multiplication des vaisseaux n'est pas la seule modification signalée par les auteurs ; il y a encore les altérations des parois artérielles qui ne doivent pas être étrangères à la production des métrorragies, et cette *angio-sclérose* ne va presque jamais sans *sclérose périvasculaire*, qui forme, autour des artérioles, des sortes de manchons fibreux. M. Cornil a bien étudié cette question dans son mémoire déjà cité sur les endométrites.

Les lésions du parenchyme ne sont pas moins intéressantes, mais on ne les voit bien nettement que dans les cas un peu anciens : nous avons déjà dit que la paroi musculaire offrait souvent une épaisseur double ou triple de la normale ; en

faisant une coupe, on constate que le tissu est dur et comme lardacé, assez souvent parsemé de petits noyaux fibreux, qui représentent de la graine de fibro-myome. M. RICHELOT a très bien montré que l'utérus scléreux n'a pas toujours cette dureté que nous venons de mentionner ; chez certains sujets, le parenchyme est, au contraire, mou, comme spongieux et rougeâtre : c'est ce qu'il a appelé *sclérose rouge*, pour le distinguer de la forme précédente qui est l'utérus *scléreux blanc*. Cette différence d'aspect n'est pas un fait accidentel, elle correspond à deux types anatomiques bien distincts : dans l'utérus blanc, c'est le tissu conjonctif qui domine, tandis que la sclérose rouge se caractérise par la prédominance des éléments musculaires et par une vascularité beaucoup plus considérable.

Quoi qu'il en soit, *jamais on ne constate d'altération structurale des fibres musculaires :* elles sont souvent hypertrophiées, allongées, plus larges, plus épaisses que celle de l'utérus normal, mais leur structure histologique est intacte : « elles ne sont pas dissociées ou interrompues par des travées fibreuses, et celles-ci ne prennent pas la place des éléments nobles, n'amènent pas la diminution et l'atrophie de l'organe, comme le font les scléroses infectieuses ».

Quant aux vaisseaux sanguins, les altérations dont ils sont le siège sont celles que nous avons signalées pour les vaisseaux du chorion muqueux (angio-sclérose, péri-artérite, manchons fibreux péri-vasculaires, etc.).

Rappelons, en terminant, que la sclérose utérine se complique souvent, très souvent même, de sclérose ovarienne ; nous reviendrons sur ce point intéressant en faisant l'histoire de l'ovarite scléro-kystique.

Symptômes. — Nous avons dit que la sclérose utérine évoluait en deux phases : une phase de *congestion simple* et une phase de *sclérose confirmée*.

En général, les premiers troubles remontent à l'apparition des premières règles, qui ont été d'une abondance exagérée et accompagnées de violentes coliques utérines. Depuis, les accidents se sont renouvelés à chaque retour de la menstruation. Dans l'intervalle, la santé de ces jeunes filles

laisse beaucoup à désirer : elles se plaignent de ressentir « un poids » dans le bas ventre et des « tiraillements » dans la région lombaire ; elles sont impressionnables, nerveuses, et un rien les fatigue et les essouffle. Bien souvent il y a ce que M. RICHELOT appelle des « règles de quinzaine », c'est-à-dire que le sang reparaît au milieu de l'espace intermenstruel, et ces nouvelles pertes peuvent être très abondantes, profuses ou se réduire à de la leucorrhée teintée de sang. Dans un grand nombre de cas, ces « règles de quinzaine » sont remplacées par une hypersécrétion glandulaire profuse, une véritable *hydrorrhée*, transparente, tout à fait caractéristique.

Par l'exploration bimanuelle, on arrive souvent à constater que l'utérus est globuleux, un peu dur, sensible au mouvement qu'on lui communique avec le doigt ; sa mobilité est absolument normale ; mais il faut reconnaître que, dans un grand nombre de cas, les renseignements que l'on obtient de la sorte sont vagues, insuffisants, surtout lorsqu'on a affaire à une vierge, et qu'il faut se contenter du toucher rectal.

Si la malade est une jeune femme, l'examen par le spéculum montre un col dont l'aspect varie suivant que l'examen a lieu *pendant une période de calme ou, au contraire, à l'occasion d'une poussée congestive.* Dans le premier cas, le museau de tanche apparaît parfaitement normal sans aucune ulcération, ni érosion : il est arrondi, rosé, et laisse échapper une goutte de mucus clair. Le vagin, la vulve n'offrent non plus rien d'anormal, et l'introduction du spéculum est parfaitement indolente. La palpation bimanuelle est aussi très bien supportée ; le doigt peut imprimer des secousses à l'utérus sans réveiller aucune sensation douloureuse.

Il en est tout autrement lorsqu'on examine la femme pendant une poussée congestive. Ce qui frappe d'abord, c'est l'aspect des organes génitaux externes : la face interne des grandes lèvres, les petites lèvres, le vestibule, l'entrée du vagin sont rouges, boursouflés ; les parois vaginales elles-mêmes paraissent tuméfiées et l'introduction du spéculum ne se fait pas sans douleur. Au fond de l'instrument mis en

place, le col apparaît gros, énorme, rouge ou violacé, mais d'une *rougeur uniforme ;* on ne découvre ni ulcération, ni érosion, ni ectropion de la muqueuse endo-cervicale ; l'orifice externe est parfois béant, mais jamais bordé de rouge comme lorsque la muqueuse utérine est infectée ; il est souvent masqué par un bouchon glaireux *parfaitement transparent*, comparable à du ve re fondu, bien différent du mucus trouble et purulent de la métrite cervicale.

La crise passée, tout rentre dans l'ordre, et le même col, si on l'examine au bout de quarante-huit heures, apparaît tout à fait normal.

Un fait capital : la crise, ou, si l'on aime mieux, la poussée congestive ne coïncide pas toujours avec les règles, ni même avec l'hydrorrhée que nous avons signalée ; elle peut éclater de la manière la plus inopinée, au milieu d'une période d'accalmie, souvent sans cause connue ; elle dure deux, trois, cinq, parfois même huit jours, puis disparaît d'une manière tout aussi inattendue, du jour au lendemain ; le col reprend ses dimensions et sa coloration normales, la leucorrhée se tarit, la malade se sent complètement guérie.

A mesure que les lésions de l'utérus marchent vers la sclérose définitive, les poussées congestives se rapprochent, s'aggravent, les périodes de rémission deviennent plus courtes, et l'état général finit par être sérieusement troublé.

Il importe de faire remarquer que la maladie n'évolue pas de la même manière chez toutes les femmes, et il y a lieu de distinguer des formes cliniques assez bien caractérisées. La *forme hémorragique* est la plus fréquente et celle qui comporte le pronostic le plus réservé. Les pertes de sang sont parfois d'une abondance telle qu'on croit se trouver en présence d'un corps fibreux, et il est de fait que, chez un grand nombre de ces malades, le diagnostic de fibrome est parfaitement fondé, attendu que les parois de leur utérus sont presque toujours parsemées de noyaux myomateux ; d'autres fois, la palpation bimanuelle révèle un organe uniformément hypertrophié, sans aucune trace de noyau fibreux : c'est le type connu sous la dénomination d'*utérus géant*, *utérus fibromateux sans fibromes*. Épuisées par ces métrorragies répétées et profuses, les femmes tombent dans

un état d'anémie extrême ; elles perdent l'appétit, maigrissent et sont à la merci d'une complication intercurrente qui peut les emporter. Hâtons-nous d'ajouter que ce type extrême est assez rare.

Dans d'autres cas, c'est le symptôme douleur qui domine ; ce type répond de tous points à l'*endométrite douloureuse chronique*, si bien décrite par M. Pozzi. Ici, les hémorragies sont insignifiantes ; elles font même défaut, au point que la menstruation elle-même semble insuffisante. Mais, si les femmes perdent peu au moment de leurs règles, elles ont, en revanche, des coliques utérines atroces, et, dans l'intervalle des périodes, les phénomènes douloureux ne cessent jamais complètement : pesanteur permanente dans toute la région hypogastrique, au périnée, ténesme rectal, irradiations lombo-sacrées, inguinales, crurales, etc. L'exploration vagino-abdominale montre un utérus volumineux, globuleux, dur, très sensible à la pression, mais parfaitement mobile, libre de toute adhérence ; au spéculum, on est très surpris de ne constater aucun signe d'infection utérine : le col est volumineux, mais de forme régulière, uniformément rouge ou violacé, sans ulcération, sans ectropion, sans déchirures commissurales ; pas de leucorrhée purulente, enfin tous signes négatifs sur lesquels nous avons déjà insisté. A force de souffrir, le système nerveux s'exaspère, les femmes tombent dans un état neurasthénique grave caractérisé par des alternatives de dépression et d'excitation, avec crises de larmes, attaques de nerfs, etc. « Qu'elle soit compromise par des pertes graves et une anémie profonde ou seulement épuisée par l'intensité et la continuité de ses douleurs, la femme arrive à une situation telle que la thérapeutique la plus radicale devient légitime » (Richelot.)

A côté de cette forme douloureuse, névralgique, il faut citer le *type dysménorrhéique*, caractérisé par l'élimination douloureuse, au moment des règles, de toute ou d'une partie de la muqueuse utérine. Toutefois, dans l'intervalle, les femmes souffrent relativement peu ; elles ont plutôt des sensations pénibles, de la pesanteur pelvienne, de l'hydrorrhée, etc. Ce type pur est assez rare.

Nous terminerons par la forme mixte, qui est peut-être la

plus commune : ici tous les symptômes sont représentés, mais aucun ne prédomine : règles ménorragiques et douloureuses, hydrorrhée inter-menstruelle, alternatives de poussées congestives et de périodes de bien-être relatif, etc. D'ailleurs, entre les malades qui souffrent beaucoup et celles qui n'ont que quelques malaises — ce qui est bien exceptionnel — il y a place pour tous les intermédiaires ; il serait réellement fastidieux d'insister sur toutes les associations de symptômes qui pourraient se produire entre les formes dysménorrhéique, douloureuse, hémorragique, etc. En définitive, chaque femme fait sa sclérose comme elle peut.

Diagnostic. — Le tableau symptomatique que nous avons tracé plus haut nous permettra d'être bref sur les signes diagnostiques de la maladie.

C'est avec la métrite, surtout avec la *métrite cervicale chronique*, que la confusion a continuellement lieu. Le col de l'utérus sclérosé est uniformément rouge, violacé même, mais il n'est ni déformé, ni déchiré, ni ulcéré, pas d'ectropion de la muqueuse intra-cervicale, pas d'œufs de Naboth, pas de leucorrhée purulente ; ici les sécrétions qui s'échappent par l'orifice du museau de tanche consistent en mucosités visqueuses, adhérentes, mais, en même temps, claires, transparentes, semblables à du verre fondu : c'est la sécrétion normale des glandes du col.

La douleur est beaucoup plus accusée que dans l'endométrite ; elle affecte très souvent la forme de violentes coliques utérines avec irradiations lombaires extrêmement pénibles. Les phénomènes douloureux présentent une autre particularité sur laquelle nous avons déjà beaucoup insisté : c'est d'*éclater brusquement pour disparaître ensuite avec la même soudaineté*, ce qui ne s'observe jamais dans la véritable métrite ; et, dès que la douleur a cessé, tous les autres signes s'effacent : les pertes s'arrêtent, le col reprend son aspect normal, etc.

Quant aux *ménorragies* et aux *métrorragies inter-menstruelles*, elles sont autrement profuses que dans l'endométrite ; leur abondance est parfois telle qu'elle fait penser au fibrome, ce qui n'a rien de surprenant, puisque l'utérus

sclérosé est très souvent farci de noyaux fibreux. « Il n'y a pas à faire de diagnostic entre la sclérose utérine et le fibromyome, a dit M. RICHELOT : un utérus scléreux de volume ordinaire peut contenir de petits noyaux fibreux ; ceux-ci n'ajoutent rien à l'affection, c'est toujours le même utérus donnant les mêmes symptômes. Un utérus géant peut être hypertrophié en masse, fibromateux sans fibromes, ou contenir des tumeurs : c'est toujours la sclérose et l'hyperplasie. »

Il y a lieu de faire la même remarque au sujet des *pertes hydrorrhéiques* qui caractérisent certains corps fibreux ; cette hydrorrhée s'observe également chez les femmes atteintes de sclérose utérine ; elle survient ordinairement dans la première quinzaine qui suit les règles.

Pronostic. — Les utérus prédisposés aux poussées congestives sont des organes voués à la sclérose, si l'on n'y met bon ordre par un traitement méthodique longtemps continué. La vie ne court, il est vrai, aucun danger immédiat ; il n'en est pas moins certain qu'il s'agit d'une maladie ou plutôt d'une infirmité sérieuse, car elle a toujours tendance à s'aggraver. De plus, l'utérus qui commence à se scléroser est un terrain extrêmement favorable au développement du fibrome — et même du cancer. (M. RICHELOT.)

Traitement. — A la jeune fille sujette aux poussées congestives simples, on conseillera, avant tout, le repos rigoureux au lit pendant toute la durée des périodes menstruelles. Dans l'intervalle des règles, le traitement variera nécessairement sur plusieurs points avec la forme de la maladie ; mais la principale indication, celle qui est de mise dans tous les cas, c'est de lutter contre la congestion pelvienne par tous les moyens possibles, car c'est elle qui est la source, le point de départ de tous les troubles, et elle est entretenue et aggravée par la constipation, qui ne manque jamais chez ces malades. Il faudra donc veiller avec le plus grand soin au fonctionnement régulier de l'intestin et imposer une hygiène alimentaire très sévère.

Pour combattre la constipation, voici comment nous con-

seillons de procéder : au repas du soir, ou bien à l'heure du coucher, prendre une pilule de *cascara sagrada* de 0,30 centigrammes ; le lendemain, au réveil, *un grand lavement tiède* à l'eau de guimauve ; une fois par semaine, *purgation énergique* au moyen de 30 à 40 grammes d'*huile de ricin* ou d'un grand verre d'*eau de Janos* ou *de Pullna.* Il y a des formes rebelles, qui réclament des remèdes plus actifs ; dans ces cas, il ne faudra pas hésiter à agir de la manière suivante : le soir, au coucher, cachets de cascara sagrada et application d'un suppositoire à la glycérine ou bien administration d'un petit lavement de 60 grammes d'huile d'amandes douces que l'on gardera. Le lendemain, au réveil, 1 grand verre d'*eau de Birmenstorff* ou une cuillerée à dessert d'*huile de ricin ;* de plus, on sollicitera la garde-robe par un *grand lavement* tiède à la guimauve. Nous insistons sur tous ces détails pour montrer quelle importance on doit attacher au bon fonctionnement du tube digestif, puisque c'est la meilleure manière de lutter contre la congestion pelvienne, cause principale, sinon unique de tout le mal. Il y a, pour assurer la régularité des garde-robes, un moyen qui l'emporte sur tous ceux que nous venons d'indiquer : nous voulons parler du *massage de l'intestin* méthodiquement exécuté par une main expérimentée. Nous n'avons pas à nous occuper ici des détails de la technique, que l'on trouvera exposée dans des livres spéciaux ; nous tenons à recommander cette excellente méthode de la manière la plus expresse, car nous ne l'avons jamais vue échouer. Le seul inconvénient qu'elle présente, c'est d'être un mode de traitement très long, car il doit être continué pendant des mois ; très coûteux, car il doit être appliqué par un spécialiste, si l'on veut obtenir rapidement des résultats appréciables.

L'hygiène alimentaire a une importance qu'il serait puéril de contester ; pour que les malades en ressentent les bons effets, il est essentiel que le régime soit suivi dans toute sa rigueur et pendant un laps de temps suffisant. Avant tout, il faut supprimer le vin et toute boisson renfermant de l'alcool ; éviter l'usage de la viande en excès, s'abstenir de gibier, poisson, salaisons, mets épicés, aliments trop gras ; on insistera sur le lait, les laitages, les œufs, les légumes

frais ; les viandes blanches seront toujours préférées à la grosse viande de boucherie. Dans les formes graves, on fera bien de renoncer complètement au thé et même au café.

Ce qu'il faudrait encore proscrire impitoyablement, ce sont les médicaments dits toniques et reconstituants, dont ces malades n'ont que faire, puisque, bien loin d'être des anémiques, des lymphatiques, elles ont, au contraire, le sang « trop riche » et pèchent par excès de santé : les quinquinas, les élixirs à la kola, les préparations ferrugineuses, « qui nuisent à l'estomac, favorisent la constipation, surexcitent les nerfs », seront donc interdits de la manière la plus formelle. En revanche, les sédatifs, les antispasmodiques rendront ici de réels services. A ce point de vue, le *valérianate* PIERLOT, l'*élixir polybromuré* YVON jouissent d'une réputation méritée. Le valérianate sera prescrit à la dose de 3 et même 4 cuillerées à café en vingt-quatre heures, prises dans une tisane sucrée ; le bromure Yvon est excellent pour combattre l'insomnie nerveuse si fréquente chez les malades : 1 cuillerée à café dans de la tisane à la fin du dîner, pendant trois ou quatre jours, puis suspendre pour trois ou quatre jours, et recommencer en portant la dose à 2 cuillerées à café, si besoin est.

Le traitement local mérite aussi toute l'attention du praticien. Si la malade est une jeune fille, on prescrira, pendant les crises douloureuses, des cataplasmes chauds sur le ventre, des suppositoires belladonés et morphinés, des petits lavements à l'antipyrine que la malade gardera, et qui pourront être renouvelés deux et même trois fois en l'espace de vingt-quatre heures. Si les coliques utérines sont exceptionnellement intenses, on ne doit pas hésiter à administrer des injections vaginales *très chaudes*, que la jeune fille prendra couchée au lit, deux fois par jour. Pour être efficaces, ces irrigations doivent être très abondantes : 5 à 8 litres par jour en 2 fois.

Si la malade est une jeune femme, le traitement local pourra être plus actif et, partant, plus efficace. Ainsi, dans l'intervalle des irrigations vaginales chaudes dont nous venons de parler, on fera bien d'appliquer dans le vagin, contre le museau de tanche, des tampons de gaze stérilisée

imbibée de glycérine pure ou mieux encore additionnée de *tannin* ou d'*ichthyol* (à 1 pour 30) ; les tampons à la *glycérine chloralée* nous ont semblé très efficaces contre la douleur (hydrate de chloral, 2 grammes ; glycérine neutre, 20 grammes). Quoi qu'en pensent certains esprits sceptiques, ces applications locales apportent un soulagement très réel en déterminant un flux séreux et en dégorgeant les tissus.

La *saignée locale* au moyen de scarifications faites sur le col est un moyen héroïque auquel on a le tort de ne pas songer plus souvent. La malade est placée en travers du lit, dans la position gynécologique ordinaire. Après avoir administré une injection chaude et nettoyé le col avec un tampon de gaze imbibée d'alcool, on fait, avec la pointe d'un bistouri ordinaire, une dizaine de mouchetures autour de l'orifice externe. On laisse le sang couler en nappe pendant quelques minutes, de manière à en prélever environ 200 grammes. Pour arrêter la petite hémorragie, il suffit de donner une injection très chaude et de placer un tampon de gaze stérilisée dans le vagin, contre le museau de tanche. Ce moyen nous a souvent donné d'excellents résultats.

Nous en dirons autant de la *dilatation prolongée par les laminaires ;* nous ne connaissons pas de meilleur moyen pour arrêter les pertes de sang et amener une véritable détente de symptômes douloureux. La technique de la dilatation a été longuement décrite dans le chapitre des *Généralités*.

Certains médicaments utérins méritent aussi d'être pris en sérieuse considération, la *piscidia erythrina*, la *stypticine* et l'*hydrastis canadensis*. Nous n'avons aucune expérience personnelle des deux premiers, qui, d'ailleurs, sont encore à peine connus en France ; mais l'*hydrastis canadensis* nous a rendu les plus grands services, surtout comme médicament hémostatique. On utilise ordinairement son *extrait fluide ;* commencer par XV gouttes deux jours avant l'époque présumée des règles, continuer avec X ou XV gouttes, suivant l'abondance de l'hémorragie, pendant toute la durée de celle-ci, et ne cesser que deux ou trois jours après la disparit on complète de l'écoulement menstruel ; les doses que nous venons d'indiquer représentent une moyenne ; dans les

formes sérieuses on peut être obligé de prescrire XX et même XXX gouttes par jour, ou bien V à X seulement, si l'écoulement est à peu près normal. L'hydrastis n'agit pas uniquement comme hémostatique, il est aussi régulateur de la circulation pelvienne et, en même temps, analgésique ; c'est à ce double titre que nous croyons devoir le prescrire, même lorsque les pertes de sang ne sont pas plus abondantes qu'à l'état normal. M. RICHELOT recommande beaucoup le *sulfate de quinine* qu'il préfère à l'hydrastis et à ses congénères ; il le prescrit à la dose de 1 gramme à 1gr,50. « Cet excellent vaso-constricteur, dit-il, a été préconisé par LANDEREAUX dans les hémorragies névropathiques et, antérieurement, par GUENEAU DE MUSSY, HUCHARD, LIÉGEOIS ; il vaut infiniment mieux que l'ergot et l'ergotine, qu'on emploie d'une façon si banale. » Nous avons eu quelques occasions de recourir à la quinine, mais nous l'avons trouvée moins fidèle que l'hydrastis.

Nous avons dit que le *traitement général* de la métrite vraie n'existait pas : il en est tout autrement ici. Les soins donnés à l'état général ont, au contraire, une grande importance pour les femmes sujettes à la congestion pelvienne ou déjà atteintes de sclérose utérine. Comme il fallait s'y attendre, l'*hydrothérapie* a des indications fréquentes, mais on doit se garder de la prescrire à tort et à travers, ainsi que cela n'arrive que trop souvent. Dans la majorité des cas, ce sont les *douches tempérées* qui donnent les meilleurs résultats, ce qui se conçoit aisément, puisque la plupart de ces malades sont des « sensibles » et des « excités ». M. RICHELOT conseille les douches tempérées (de 32° à 36°) administrées en jets brisés le long du rachis et de très courte durée (une demi à une minute au maximum) ; les douches écossaises sont aussi très efficaces ; quant aux douches froides ou glacées, quelques apathiques ou déprimés s'en trouveront bien, à condition d'en user avec modération (2 ou 3 fois par semaine) et en observant des intervalles de repos de huit à dix jours après chaque série de 10 à 12 séances.

Mais il y a mieux que l'hydrothérapie, c'est le traitement *hydro-minéral*. Il va sans dire que le choix de la station a une importance extrême : il doit varier avec l'état des ma-

lades et les symptômes prédominants. *Châtel-Guyon*, avec ses eaux chlorurées sodiques, est indiqué toutes les fois que la sclérose de l'utérus coïncide avec de l'atonie intestinale compliquée d'entérite glaireuse ou muco-membraneuse ; ces eaux s'emploient en boisson et en bains ; dans les cas particuliers, on les prescrira en injections vaginales et en irrigations intestinales. *Luxeuil* (eaux chaudes sédatives et décongestionnantes) sera recommandé pour combattre l'éréthisme nerveux ; aux scléroses douloureuses on conseillera de préférence *Néris*, bien que *Luxeuil* puisse aussi leur convenir ; *Salies-de-Béarn* (eaux froides chlorurées, bromo-iodurées fortes) sera réservé aux formes hémorragiques, à la sclérose hypertrophiante avec tendance marquée à la production des tissus fibreux, etc. Citons aussi les eaux chlorurées sodiques de *Salins-Moutiers*, qui peuvent remplacer celles de *Châtel-Guyon*.

Contre la sclérose invétérée, le traitement médical le mieux conduit est ordinairement impuissant : les douches vaginales chaudes, les irrigations rectales, l'hydrothérapie, le régime, le repos prolongé ne procurent que des améliorations passagères ; les eaux thermales elles-mêmes restent sans effet. Ces gros utérus indurés et douloureux réclament des moyens plus énergiques. Si les métrorragies sont liées à la présence de végétations polypoïdes de la muqueuse, vulgairement dénommées polypes muqueux, le *curettage* est indiqué, et nous devons ajouter que ce sont là les seules conditions où cette opération peut rendre service aux femmes atteintes de sclérose ; la destruction de ces pseudo-fongosités par la curette est parfois suivie de la cessation des hémorragies pour un temps assez long. Mais la douleur et les autres troubles persistent. Pour en avoir raison, il faut se décider à être plus radical et provoquer la *régression atrophique* du corps de la matrice.

M. Braun a montré qu'on obtient ce résultat en faisant l'amputation partielle ou totale du col. Chez la femme encore jeune, on donnera la préférence à la première de ces deux opérations et, pour la réaliser, on utilisera le *procédé biconique de* Markwald, qui a l'avantage de ne jamais amener de sténose cervicale (Voyez pour la technique, p. 283).

Il y a des cas où la simple excision d'une tranche cervicale est manifestement insuffisante à produire l'effet désiré. Il faut alors agir d'une manière plus radicale, c'est-à-dire supprimer tout le col jusqu'à l'isthme, faire une amputation supra-vaginale d'après la technique indiquée par SCHRŒDER.

M. RICHELOT, qui l'a souvent pratiquée, la déclare très efficace : « L'opération ainsi comprise, dit-il, amène réellement, dans bon nombre de cas, une véritable atrophie du corps qui reste à l'état de moignon inoffensif et ne fait plus parler de lui. » Toujours est-il qu'on doit, autant que possible, éviter d'en arriver là, si la malade est jeune.

En cas d'insuccès, l'ultime ressource est l'*hystérectomie vaginale*. Quant à la *castration ovarienne*, encore préconisée par quelques chirurgiens, ses effets sont trop inconstants pour qu'on puisse la recommander : on ne compte plus les femmes ovariectomisées qui ont dû subir l'hystérectomie vaginale secondaire.

Bibliographie. — RICHELOT, *Chirurgie de l'utérus*, 1902, p. 88. Paris, Doin, éditeur. — DŒDERLEIN (*Centralbl. für Gyn.*, 1891, n° 44). — WALTHARD (*Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 1900, n° 16). — REINICKE (*Archiv. für Gynäk.*, 1897, t. LIII, p. 340). — THEILHABER (*Münch. med Woch.*, 1900, p. 453). — Discussion à la *Soc. de gyn., d'obst. et de péd.*, de Paris, 1900, mai, juin, juillet, par RICHELOT, POZZI, DELBET, DOLÉRIS, BOUILLY, etc.

RÉTRODÉVIATIONS

(RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION)

Étiologie et pathogénie. — Sous cette dénomination on englobe un ensemble de troubles résultant du renversement de l'utérus en arrière, renversement dû à l'insuffisance ou au relâchement de ses moyens de fixité.

L'*origine congénitale* ou, tout au moins, *infantile* de certaines rétroflexions est sérieusement admise par plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut retenir les noms de A. MARTIN, FRITSCH, HOFMEIER et SCHROEDER, RUGE, GREMSER. Quelques autres vont plus loin et soutiennent

que cette affection est *toujours congénitale ;* ainsi, pour M. SALIN (de Stockholm), il s'agirait d'une anomalie anatomique, sans aucune relation, ni directe, ni indirecte, avec la puerpéralité, et il appuie son opinion sur la grande fréquence de cette maladie chez les vierges et les multipares (*Hygiaea*, 1900). M. BANDLER (de New-York) ne considère pas non plus la rétrodéviation comme une entité morbide distincte : la rétroflexion serait moins une maladie que le résultat d'un vice de développement (*Medical Record*, 1901, septembre).

Nous devions une mention à ces singulières doctrines, journellement démenties par les faits.

Pour la très grande majorité des chirurgiens, toutes les rétrodéviations sont des *états pathologiques acquis*, que l'on rencontre à tous les âges de la vie, chez les jeunes filles aussi bien que chez les femmes très âgées ; mais il est certain qu'elles sont surtout fréquentes pendant la période de l'activité génitale, c'est-à-dire entre vingt et quarante ans.

On n'est pas encore près de s'entendre sur les causes qui président au développement de cette affection. Et d'abord y a-t-il une rétroflexion ou bien des rétroflexions ? C'est ce que nous allons examiner immédiatement. Pour le professeur POZZI, « dans l'immense majorité des cas, la rétroflexion succède à une métrite d'origine puerpérale : l'absence d'involution de la paroi antérieure de l'utérus causée par l'insertion de débris placentaires jouerait ici un rôle capital ; mais il faut aussi attribuer une influence considérable au poids de l'organe enflammé, au relâchement des ligaments larges et des ligaments ronds qui cessent d'orienter le corps en avant ; tandis que le col reste fixé par les ligaments utéro-sacrés plus résistants, la flaccidité des autres ligaments permet au corps de l'utérus de se couder en arrière au niveau de l'isthme, en obéissant aux lois de la pesanteur et à la pression du paquet intestinal ».

Telle est la doctrine de M. POZZI ; on peut dire qu'elle résume l'opinion de la majorité des médecins et chirurgiens français.

FRITSCH, SCHROEDER, HOFMEIER pensent aussi qu'il faut chercher l'origine, le point de départ des rétrodéviations et surtout de la rétroflexion, dans les modifications que su-

bissent les moyens de fixité de l'utérus sous l'influence de l'état puerpéral. Cependant, pour expliquer la genèse de la maladie chez les vierges et les nullipares, SCHROEDER n'hésite pas à faire jouer un grand rôle à la constipation opiniâtre et prolongée, à la débilité générale de l'organisme, aux fatigues physiques excessives, etc.

Pour CZEMPIN, il faudrait, au point de vue pathogénique, décrire deux types bien distincts de rétroflexion : la *rétroflexion* des *vierges* et des *nullipares*, maladie primitive liée à une sorte de dystrophie chloro-anémique ; la *rétroflexion post-puerpérale*, qui rentre dans la catégorie des faits étudiés par M. POZZI.

M. WINTERNITZ va encore plus loin que M. CZEMPIN et propose de distinguer trois formes principales : 1° la *rétroflexion des nullipares*, *rétroflexion primitive, liée à la neurasthénie et à l'hystérie ;* 2° la *rétroflexion post-puerpérale, sans relâchement vagino-périnéal ;* 3° enfin, la *rétroflexion puerpérale survenant chez les femmes ayant une tendance très marquée au prolapsus vaginal* (*Wiener medicin. Presse*, 1902, p. 1887).

KROENIG et FEUCHTWANGER, MULLER (de Berne), THEILHABER, dans les nombreux articles qu'ils ont publiés, insistent d'une manière toute particulière sur la fréquence des *troubles nerveux*, *hystériformes* que l'on observe chez les femmes atteintes de rétroversion et surtout de rétroflexion.

Tout en admettant que la rétrodéviation est une complication fréquente de l'endométrite puerpérale, GUZZONI DEGLI ANCARANI, SKUTSCH, etc., distinguent des *rétroflexions* dites *essentielles*, qui surviennent chez les *vierges* et s'accompagnent de manifestations nerveuses parfois très accusées. BROESE, VON ARX, etc., ont fait des constatations analogues.

Avec notre maître, M. RICHELOT, nous estimons qu'il y a lieu de distinguer deux sortes de rétrodéviations : la *rétrodéviation secondaire*, *symptomatique*, et la *rétroflexion primitive*, *maladie essentielle*.

Par *rétrodéviations symptomatiques*, nous entendons celles qui coïncident avec l'endométrite puerpérale ou blennorra-

gique, ou bien celles qui accompagnent les suppurations annexielles. Chez la femme qui a récemment accouché et qui a été plus ou moins sérieusement infectée à cette occasion, l'involution de l'utérus a été incomplète ; l'organe, atteint d'endométrite, même légère, resté flasque et mou, s'est mis facilement en rétroposition. On peut invoquer le même mécanisme pour expliquer les rétroflexions des femmes atteintes de salpingo-ovarite, car, chez ces malades, l'endométrite ne manque pour ainsi dire jamais ; mais, ici, il y a aggravation du fait des adhérences péritonéales qui, si elles sont très étendues, finissent par immobiliser l'utérus et par rendre la rétroversion ou la rétroflexion permanente et définitive.

Tout autre est la genèse des *rétrodéviations primitives ;* ici point n'est besoin de faire intervenir l'infection de l'endomètre, ni les adhérences de la tubo-ovarite. « La condition immédiate et suffisante de la déviation de l'utérus, dit M. Richelot, c'est-à-dire laxité des ligaments et flaccidité du tissu utérin, est le résultat d'un trouble nutritif, l'arthritisme ;... ces femmes sont exposées à des troubles circulatoires permanents, à des fluxions répétées au niveau de l'utérus et des annexes ; elles sont sujettes aux poussées congestives ; leur tissu fibreux est de mauvaise qualité, dépourvu d'élasticité, leurs fibres lisses manquent de tonicité, leurs ligaments se relâchent avec la plus grande facilité, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer les causes banales, telles que station debout, marche, efforts, exercices prolongés, travaux pénibles... Ces rétrodéviations peuvent exister sans que la femme soit devenue mère ; certaines femmes jeunes jamais infectées, jamais accouchées, vierges même, ont l'utérus renversé... La grossesse n'est donc pas une condition indispensable ; quand elle survient chez une prédisposée, il est évident qu'elle contribue à faire perdre à l'utérus son équilibre physiologique, mais elle y contribue seulement. »

Ces malades sont donc des arthritiques nerveuses atteintes de tous les troubles que nous avons déjà étudiés dans le chapitre consacré à la sclérose utérine ; nous n'avons pas à y revenir. Néanmoins, nous ferons remarquer que les relations

entre les rétrodéviations utérines et le neuro-arthritisme, sur lesquelles a tant insisté M. Richelot, ont attiré l'attention de plusieurs autres chirurgiens : Theilhaber, Müller, Kroenig et Feuchtwanger, Czempin, Winternitz, pour ne citer que les noms les plus connus, ont soutenu, dans plusieurs publications intéressantes que nous venons de citer, qu'il y avait plus qu'une simple coïncidence entre la déviation utérine et les troubles nerveux, souvent très sérieux, que présentent la plupart des femmes atteintes de rétroflexion.

Anatomie pathologique. — Les rétrodéviations se distinguent en rétroversions et en rétroflexions.

Dans la *rétroversion*, il y a renversement de l'utérus en arrière, sans changement dans la direction de l'axe, sans inflexion de l'organe sur lui-même ; mais il faut distinguer des degrés dans cette chute, et tout dépend du relâchement, de la laxité des ligaments ; si ce relâchement n'est pas trop prononcé, l'utérus est simplement incliné en arrière ; dans le cas contraire, l'organe est, pour ainsi dire, couché sur la paroi antérieure du rectum qu'il comprime, tandis que le museau de tanche est tourné en haut, vers la symphyse du pubis derrière laquelle il se cache.

La *rétroflexion* se caractérise, au contraire, par l'inflexion de l'utérus sur son grand axe ; la direction du col n'a pas changé : c'est le corps de l'organe qui tend à se plier en deux ; lorsque la flexion est excessive, le fond de l'utérus, après s'être incliné en arrière et en bas, se reporte en avant et vient faire saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin qu'il efface plus ou moins.

Assez souvent, l'utérus rétrofléchi est, en même temps, rétroversé, de sorte que tout l'organe a subi un mouvement de bascule : le col regarde directement en haut, la face antérieure du corps utérin en arrière, le fond en avant ; enfin, la rétroflexion coïncide assez souvent avec un certain degré de prolapsus des parois vaginales et de relâchement périnéal, même chez les femmes qui n'ont jamais eu de grossesse. Cet affaiblissement du plancher pelvien aggrave encore le renversement de la matrice (*fig.* 116).

En général, l'angle de flexion correspond à l'isthme, ou bien il siège un peu au-dessus de ce point ; cependant on a décrit des rétroflexions dans lesquelles cet angle intéressait le col lui-même ou, au contraire, le corps utérin proprement dit, bien au-dessus de l'isthme. Ces variétés anatomiques sont assez rares.

L'utérus rétroversé ou rétrofléchi conserve souvent une



Fig. 115. — Rétroflexion et prolapsus vaginal débutant.

mobilité parfaite et présente une surface péritonéale libre d'adhérences, tout à fait normale. Mais il est très fréquent aussi de trouver l'organe immobilisé dans son attitude vicieuse par des exsudats péritonéaux, reliquats d'une inflammation annexielle contemporaine ou antérieure ; il peut être plongé dans une véritable cangue inflammatoire

au fond de la cavité de DOUGLAS, ou bien adhérer, par des brides fibreuses ou celluleuses, au péritoine pariétal, au rectum, à l'épiploon, à l'intestin grêle, etc. ; souvent, enfin, on trouve accolés à l'utérus une trompe pleine de pus, un ovaire infecté ou simplement scléro-kystique. Nous devons ajouter qu'il n'est pas rare de rencontrer des lésions bilatérales.

Du côté des ligaments, on observe des lésions qui expliquent très bien pourquoi la matrice est renversée en arrière : c'est parce que ses moyens de fixité n'ont plus leurs qualités physiologiques. En effet, avec un peu d'attention, on reconnaît que les ligaments larges sont ramollis, flasques, affaissés sur eux-mêmes, que les ligaments ronds sont amincis et étirés, etc. Du côté de l'utérus on trouve des lésions dont la gravité est en raison directe de l'ancienneté de la maladie ; mais, comme ces altérations sont exactement celles que nous avons vues en étudiant la congestion et la sclérose de l'utérus, il est tout à fait superflu de les décrire à nouveau à propos de la rétroflexion (Voyez p. 308).

Symptômes et diagnostic. — Rien de plus vague, de moins caractérisé que les troubles fonctionnels dont se plaignent les femmes atteintes de rétroversion ou de rétroflexion : sensations douloureuses dans le bas ventre, pesanteur ano-périnéale, tiraillements dans les aines et dans la région lombaire, tous symptômes que l'on rencontre également dans l'endométrite, dans la sclérose utérine, dans la salpingo-ovarite. L'interrogatoire de la malade ne peut donc renseigner que très incomplètement le chirurgien.

Les signes de certitude sont fournis par l'exploration directe ; c'est donc à la palpation bimanuelle qu'il faut recourir pour pouvoir affirmer le diagnostic.

S'il y a *rétroversion* (*fig.* 116), le doigt que l'on introduit dans le vagin, au lieu de rencontrer le col et son orifice externe, vient buter contre la face postérieure de l'utérus retombé en arrière dans la cavité de DOUGLAS ; en même temps, avec la main qui déprime l'abdomen au-dessus de la symphyse du pubis, on constate l'absence du fond utérin derrière cette symphyse. La chute de l'organe en arrière, sur

le rectum, a eu pour effet de faire basculer le museau de tanche en avant et en haut ; en exerçant sur celui-ci une pression d'avant en arrière pour le ramener dans son attitude normale, le mouvement de bascule qu'on lui imprime ainsi se transmet aussitôt au fond qui se redresse, et la déviation se trouve momentanément corrigée (*fig.* 117).

Y a-t-il *rétroflexion* (*fig.* 118) ? La direction du col est nor-

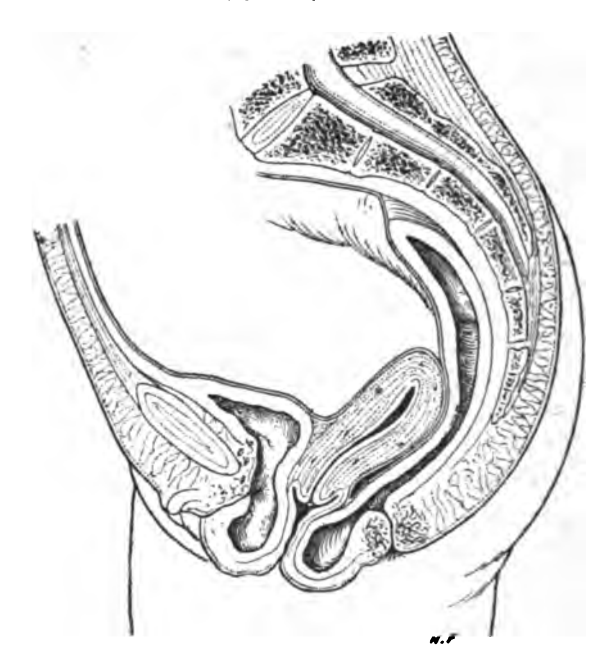


Fig. 116. — Rétroversion.

male, mais on trouve le cul-de-sac postérieur occupé par une saillie arrondie, dure, douloureuse à la pression du doigt, saillie formée par le fond de l'utérus, qui s'est, pour ainsi dire, plié en deux ; dans les rétroflexions très accusées, il peut y avoir effacement complet de ce cul-de-sac. De plus, absence du fond de l'utérus derrière la symphyse, comme dans la rétroversion.

La rétroversion et la rétroflexion peuvent exister simultanément chez la même femme, et cette combinaison n'est rien moins que rare ; dans ce cas, on trouve le col dévié en haut et en avant comme dans la rétroversion simple, et le cul-de-sac postérieur du vagin est effacé par la présence du fond de l'utérus, comme dans la rétroflexion isolée (*fig.* 119).

Nous avons dit que les symptômes fonctionnels n'avaient

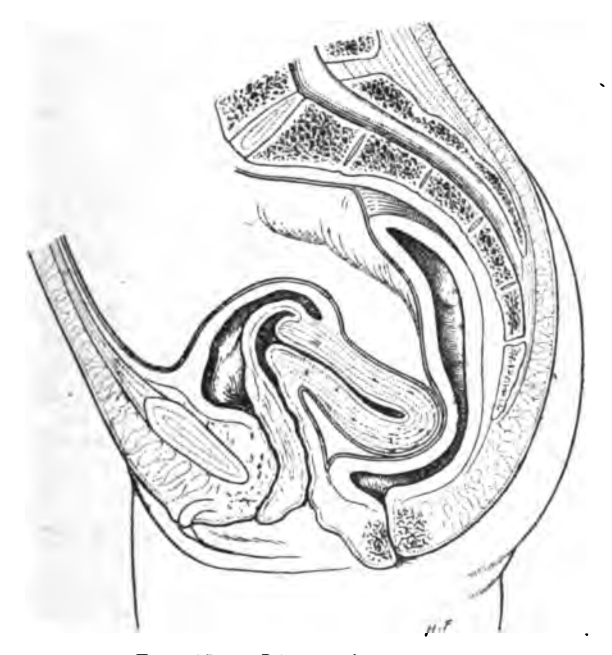


Fig. 117. — Rétroversion extrême.

rien de pathognomonique ; d'ailleurs leur intensité est très variable. Il y a des femmes qui souffrent à peine, mais les déviations indolentes sont assez rares : « Le plus souvent, dit M. Richelot, l'utérus rétroversé ou rétrofléchi est douloureux, cela va sans dire, quand il est atteint de métrite, mais celle-ci n'est pas nécessaire ; il est douloureux parce qu'il est un utérus d'arthritique nerveuse habituellement

congestionné... Cette douleur a tous les caractères de la névralgie, sans rapport exact avec le degré de la déviation et survenant par crises. C'est bien le tissu utérin qui souffre sous la pression du doigt explorant le cul-de-sac postérieur ; il est parfois d'une extrême sensibilité au contact et représente une forme d'utérus irritable... Mais il y a aussi des rétrodéviations douloureuses pour leur propre compte...

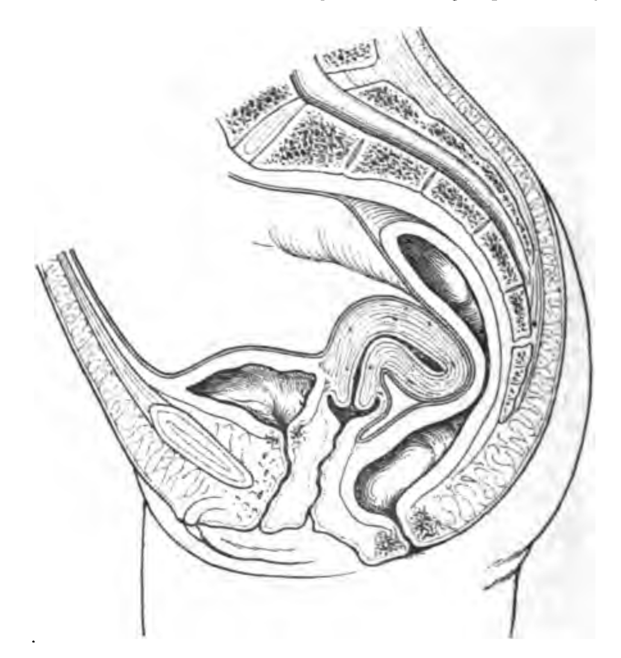


Fig. 118. — Rétroflexion.

car la déviation est par elle-même une cause de souffrance et un appoint considérable aux troubles dépendant de la congestion et de la sclérose primitive de l'organe. »

En résumé, la femme souffre pour deux causes principales : 1° parce que son utérus est un utérus d'arthritique nerveuse, et nous nous sommes déjà longuement expliqué sur ce point en traitant de la sclérose (Voyez p. 302); 2° parce

que son utérus, congestionné, volumineux et affaissé, tire sur ses ligaments d'une manière permanente et pèse sur le plancher pelvien.

Cet échange de mauvais procédés entre la maladie primitive de l'utérus, la sclérose et la déviation de l'organe finit par avoir son retentissement sur la santé générale ; les troubles de l'arthritique nerveuse s'exaspèrent ; ce sont



Fig. 119. — Rétroflexion et rétroversion.

ceux de la sclérose utérine que nous avons déjà longuement décrits et sur lesquels il est inutile de revenir (constipation opiniâtre, appétit capricieux, digestions laborieuses, menstruation irrégulière, abattement alternant avec de l'excitation nerveuse, etc.).

Nous ne devons qu'une mention aux *rétrodéviations secondaires*, *symptomatiques* d'une infection de l'endomètre ou d'une inflammation annexielle.

Dans la rétroflexion ou rétroversion qui accompagne certaines salpingo-ovarites, les symptômes utérins sont toujours masqués par les troubles de l'affection principale, qui est la suppuration annexielle.

Il n'en est pas de même des déviations qui s'observent dans certains cas d'endométrite presque toujours d'origine puerpérale. Ici, les symptômes dépendant de l'infection de la muqueuse utérine sont manifestement exagérés par la présence de la rétrodéviation ; en revanche, les troubles neuro-arthritiques font complètement défaut ou n'existent qu'à un degré insignifiant.

Traitement. — Dans le traitement des rétrodéviations, il s'agit : 1° de réduire la déviation de l'utérus ; 2° de maintenir cette réduction d'un manière définitive ; 3° de soigner les lésions péritonéo-annexielles concomitantes.

Pour atteindre ce triple but, le chirurgien a à sa disposition des méthodes non sanglantes et des méthodes sanglantes.

MÉTHODES NON SANGLANTES ; TRAITEMENT MÉDICAL. — Elles ne conviennent qu'aux rétrodéviations primitives, mobiles, non compliquées de lésions tubo-ovariennes.

Position génu-pectorale ou génu-cubitale. — « Quand la femme se met dans cette position, les jambes un peu écartées, la fourchette déprimée de façon à permettre l'entrée de l'air dans le vagin, les viscères abdominaux tombent vers la concavité du diaphragme et l'utérus en rétrodéviation mobile reprend sa position naturelle (Pozzi). » C'est surtout Tarnier qui recommandait aux malades de se mettre dans cette posture tous les jours pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Courty en est également partisan. M. Pozzi croit qu'elle peut rendre réellement service dans les formes légères ; dans le même but, il conseille aux femmes de s'endormir couchées sur le ventre ou en demi-pronation.

Réduction manuelle. — « La femme étant placée dans la position de Sims ou génu-pectorale, M. Pozzi introduit dans le cul-de-sac postérieur ou dans le rectum deux ou trois

doigts de la main gauche et pousse le col en arrière, tandis que la main droite, déprimant les parois abdominales au-dessus du pubis, va saisir le corps et le ramène en avant, en antéversion. »

Ces manœuvres sont souvent d'une exécution très difficile ; si la flexion de l'organe est fortement accusée, les premières tentatives sont ordinairement infructueuses, à cause des douleurs qu'elles provoquent. Dans ces cas, le plus sage est d'opérer sous le sommeil chloroformique.

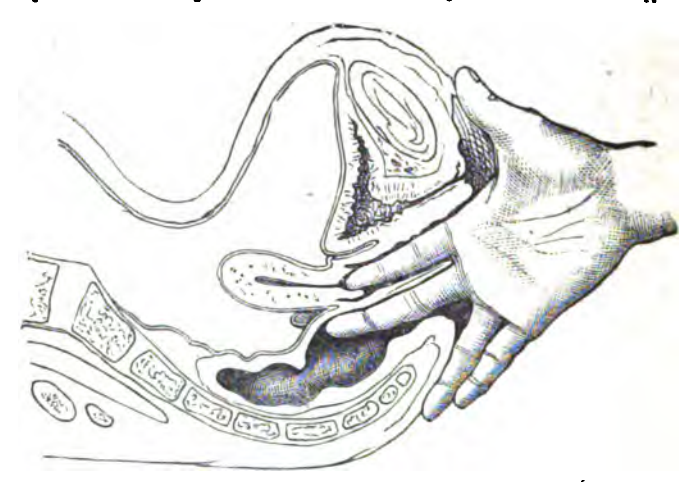


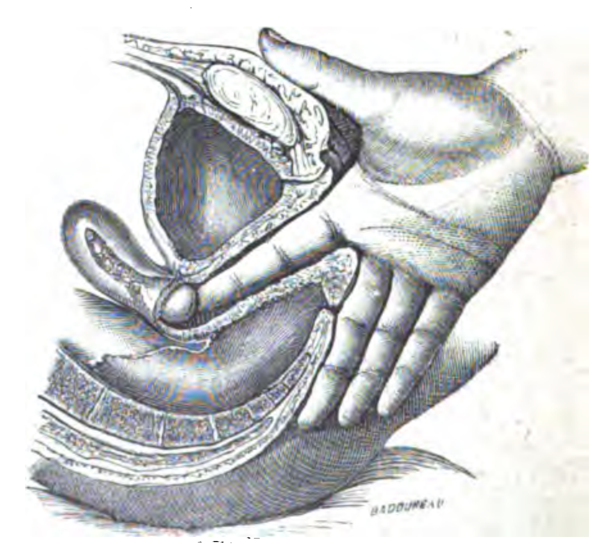
Fig. 120. — Réduction manuelle.

A notre sens, la position génu-pectorale n'est pas indispensable ; dans trois cas de rétroflexion mobile, nous avons réussi à obtenir la réduction en nous plaçant simplement dans les conditions de l'exploration bi-manuelle, la femme étant dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies et écartées, la bouche ouverte, etc.

La réduction manuelle, nous l'avons déjà dit, est très efficace contre les flexions légères : il faut donc toujours l'es-

sayer avant de passer à un autre moyen. Mais il faut être


Fig. 121. — Réduction manuelle.


Fig. 122. — Réduction manuelle.

prévenu qu'elle est impraticable chez les jeunes femmes très nerveuses, à moins de recourir à l'anesthésie générale. Ajoutons que cette méthode n'est pas d'une bénignité absolue, nous voulons dire que les accidents sérieux sont possibles, si l'opérateur est trop brutal ou trop inexpérimenté. Aussi sommes-nous loin d'approuver la hardiesse de SCHULTZE, qui n'hésitait pas à exercer des tractions énergiques pour détruire, déchirer les adhérences postérieures. (Voyez *Centralbl. für. Gyn.*, 1879, p. 49, et *Volk. Samml. klin*, *Vortr.* 1891, nº 24.)

Réduction instrumentale. — La malade étant placée dans la position gynécologique ordinaire — et toutes les précau-

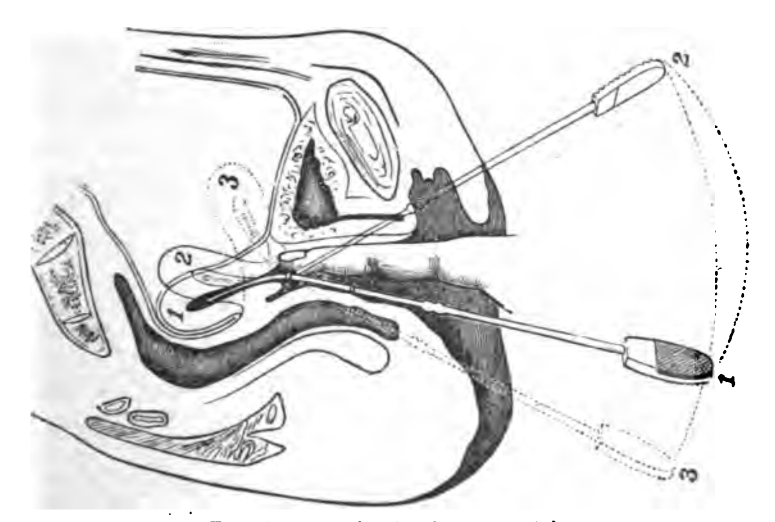


FIG. 123. — Réduction instrumentale.

tions aseptiques étant prises — on introduit dans la cavité utérine, préalablement dilatée au moyen de laminaires, une sonde métallique légèrement incurvée (le cathéter en argent des anciennes trousses peut très bien servir à cet usage), en ayant soin de diriger la concavité de l'instrument dans le sens de la flexion utérine ; puis, faisant décrire à la sonde

un arc de cercle, on ramène sa concavité en avant, ce qui a pour effet de redresser complètement la matrice. Puis, pour corriger la rétroversion, il suffit d'abaisser le manche de l'instrument vers la fourchette (*fig.* 123). Nous avons à peine besoin d'ajouter que cette manœuvre doit être exécutée très lentement ; si la douleur est très vive, on revient au point de départ, pour recommencer au bout de quelques minutes. Il y a des chirurgiens qui opèrent la réduction en s'aidant

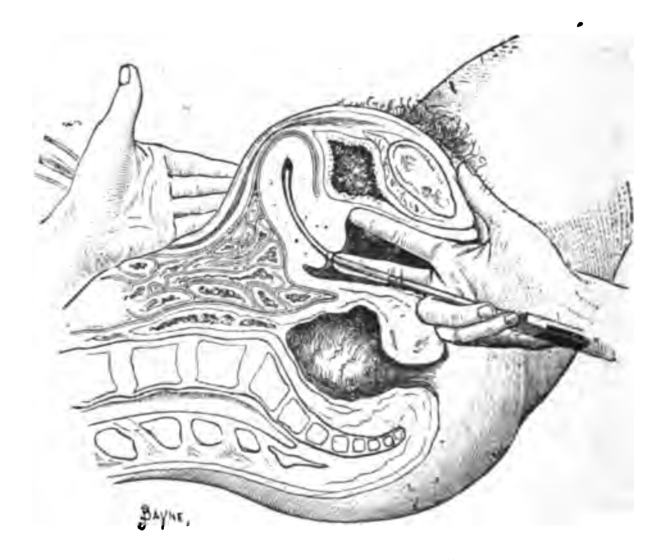


Fig. 124. — Rétroversion. Réduction manuelle et instrumentale.

d'un ou deux doigts de la main glissés dans le cul-de-sac postérieur (*fig.* 124). On ne saurait trop le redire, toutes ces manœuvres sont ordinairement fort pénibles pour la femme : nous conseillons donc de recourir à l'anesthésie générale.

La dilatation de l'utérus par les laminaires est un temps préliminaire très précieux, car le séjour de ces tiges dans la cavité utérine a pour effet de décongestionner l'organe et d'assouplir ses parois d'une manière remarquable. A notre sens, on ne devrait jamais entreprendre la réduction instru-

mentale des déviations sans avoir, au préalable, dilaté la cavité utérine au maximum, de manière à pouvoir introduire facilement l'index. Dans deux cas, nous avons réussi à réduire la rétroflexion en procédant de la manière suivante : dilatation utérine portée au maximum, irrigations intra-utérines ; redressement de l'organe au moyen des bougies d'HEGAR, comme l'indique la figure 125. En manœuvrant avec beaucoup de douceur, la perforation n'est pas à craindre ; au moindre obstacle, on s'arrête, on retire l'instrument, et l'on explore la cavité avec le doigt ; après quoi, on essaye de repasser avec une tige moins grosse, et ainsi de suite jusqu'à ce que la réduction s'ensuive.

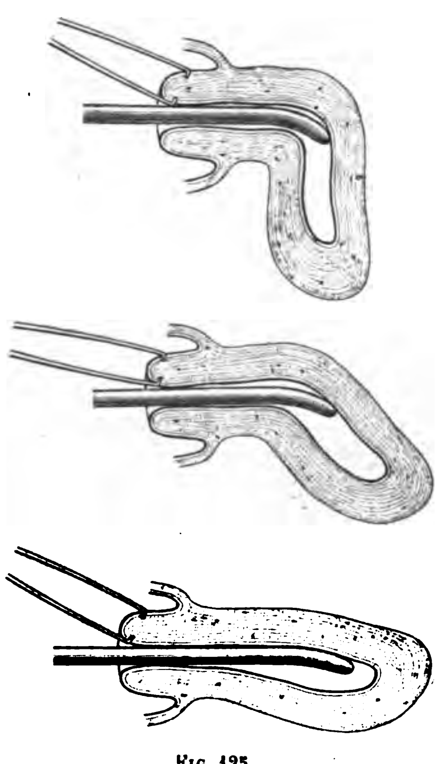


FIG. 125.

Enfin, chez quelques malades, nous avons constaté, non sans surprise, que la dilatation pure et simple avait eu pour effet de redresser la flexion, sans qu'il fût nécessaire de recourir à la réduction manuelle ou instrumentale.

Pessaires. — Après avoir corrigé la version ou la flexion de l'utérus, il s'agit de faire en sorte que cette réduction

se maintienne, sinon définitivement, au moins pendant un certain temps. On y arrive au moyen des *pessaires.*

Il serait vraiment long et fastidieux de décrire tous ceux

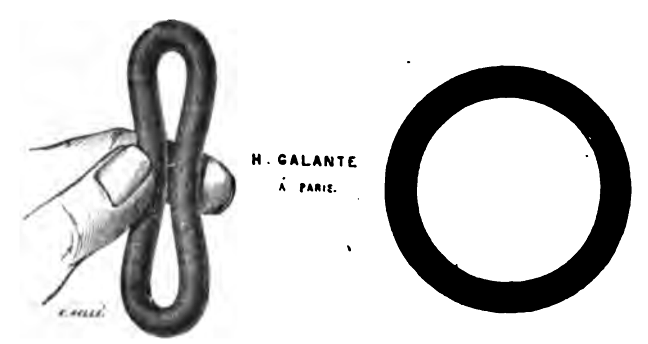


Fig. 126. — Pessaire de Dumontpallier.

qui ont été imaginés. Nous ne retiendrons que les modèles proposés par Dumontpallier (pessaire annulaire) et par Hodge (pessaire à double courbure). Les figures 126-127 nous dispenseront d'une descriptionplus détaillée.

« Pour introduire un pessaire de Hodge, dit M. Pozzi, la malade sera couchée sur le côté. On présente l'instrument à la vulve de manière à le faire cheminer d'abord à plat le long d'une des faces latérales du vagin ; pendant ce temps, on écarte d'abord les lèvres, puis on accroche la fourchette avec le doigt pour la déprimer. Dès que le pessaire a franchi la partie inférieure du vagin et peut facilement être tourné dans la partie supérieure, plus vaste, on lui fait subir un mouvement de glissement en haut et en arrière, suivant une demi-spirale qui le porte sur la paroi postérieure. On n'a plus qu'à presser avec l'index

Fig. 127. Pessaire de Hodge.

Fig. 128. — Pessaire de Hodge modifié.

sur la courbure supérieure pour qu'il aille se loger dans le cul-de-sac postérieur. »

Cette figure représente le *pessaire de* DUMONTPALLIER mis en place dans le vagin. C'est un anneau très régulier en caoutchouc armé, mais très souple, élastique. Pour l'insinuer

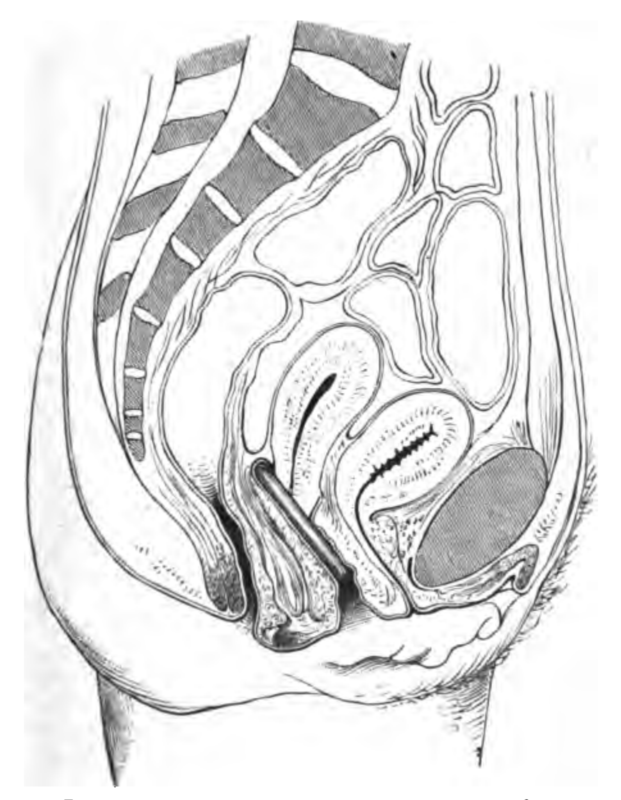


FIG. 129. — Pessaire de DUMONTPALLIER mis en place.

dans le vagin, on lui donne la forme d'un 8 de chiffre en le comprimant entre le pouce et l'index (*fig.* 126) ; on le pousse doucement jusqu'au fond de la cavité vaginale, dans le cul-de-sac postérieur ; en reprenant sa forme annulaire, le pes-

saire corrige la rétrodéviation en agissant de deux manières : 1° en repoussant loin du cul-de-sac de DOUGLAS, 2° en faisant basculer l'utérus en avant, grâce à la distention qu'il inflige aux parois du vagin.

Les avis sont très partagés sur la valeur de ce mode de traitement. En France, TERRIER le proscrit d'une manière formelle, tandis que MM. BOUILLY, RICHELOT, POZZI, admettent qu'il peut rendre des services toutes les fois que l'intervention sanglante est repoussée par les malades ou bien réellement contre-indiquée.

A l'étranger, les partisans de la *pessarothérapie* sont nombreux. Un des plus convaincus est le professeur TREUB, qui, au *Congrès de Gynécologie* tenu à Amsterdam en 1899, prononça un éloquent plaidoyer en leur faveur. OLSHAUSEN, BRÖSE, STRASSMANN, etc., déclarent en avoir obtenu de très bons résultats. Enfin, il y a des chirurgiens qui affirment devoir à la pessarothérapie des guérisons réelles et définitives.

En terminant cet article consacré aux méthodes conservatrices, nous devons rappeler que l'*hygiène locale* joue un rôle actif dans le traitement des rétrodéviations primitives. L'utérus rétrofléchi étant un organe prédisposé aux poussées congestives, menacé, sinon déjà touché par la sclérose, les soins médicaux qu'il réclame sont ceux que nous avons étudiés à propos de cette dernière affection. Nous prions le lecteur de s'y reporter (Voyez p. 315). Nous en dirons autant des règles concernant les *cures hydro-minérales* qui conviennent à ces malades.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Il a pour but le redressement et le maintien en bonne position de l'utérus rétrodévié ou rétrofléchi. Les procédés opératoires imaginés pour réaliser cette correction sont extrêmement nombreux ; nous n'insisterons que sur les plus intéressants.

OPÉRATION D'ALEXANDER. — Syn. : *Opération d'*ALQUIÉ, *opération d'*ADAMS, *raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.*

Cette opération est d'origine française, car c'est ALQUIÉ (de Montpellier) qui, le premier, en a eu l'idée ; mais il est

vraisemblable que les Anglais ALEXANDER et ADAMS ignoraient l'initiative du chirurgien français lorsqu'ils entreprirent de réaliser cette opération sur le vivant.

Le mémoire d'ALQUIÉ fut présenté à l'Académie en 1840 ; ALEXANDER fit sa première opération en décembre 1881, et ADAMS la sienne en février 1882.

Les quelques tentatives du début n'eurent aucun retentissement et l'opération d'ALQUIÉ ne tarda pas à tomber dans l'oubli. Elle n'en est sortie que depuis une quinzaine d'années, grâce aux efforts des chirurgiens allemands.

Aujourd'hui, le raccourcissement des ligaments ronds est considéré à l'étranger, surtout en Allemagne et aux Etats-Unis, comme la méthode de choix pour le traitement des rétrodéviations simples, mobiles. Dans notre pays, au contraire, malgré les efforts de quelques chirurgiens convaincus, l'opération d'ALEXANDER passe encore pour une opération d'exception, ou peu s'en faut.

Quant à la technique du raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds, elle a été réalisée de différentes manières. En principe, il s'agit : de découvrir les ligaments ronds dans leur traversée inguinale, de les isoler de leurs connexions conjonctives avec les parois du canal inguinal, de les attirer fortement en avant de manière à redresser l'utérus tombé en arrière ; enfin, de rendre ce redressement durable et définitif en réséquant ces ligaments et en fixant leur bout central au tissu fibreux de la région pubienne.

On voit que cette opération exige une technique assez délicate, assez compliquée, d'où la fréquence des insuccès, toutes les fois que les indications du manuel opératoire ne sont pas bien remplies.

Procédé primitif. — Voici la technique employée lors des premières interventions : incision cutanée longue de 5 centimètres, parallèle à l'arcade crurale et commençant à l'épine du pubis ; découverte de l'orifice superficiel du canal inguinal et de la boule graisseuse d'IMLACH ; résection du rameau génital du nerf génito-crural ; recherche du ligament rond dans le voisinage de l'épine du pubis où il affecte

une disposition pennicilée, dégagement et isolement du cordon, sur lequel on met une pince ; mêmes manœuvres pour trouver et isoler le ligament rond du côté opposé. On tire alors sur les deux ligaments pour redresser l'utérus, et un aide facilite cette réduction en faisant basculer la matrice en avant au moyen d'un doigt introduit dans le vagin. L'utérus étant mis en bonne position, les deux ligaments sont réséqués sur une longueur de 8 à 10 centimètres ; enfin, le bout central de chaque ligament est fixé aux piliers inguinaux par un ou deux points de suture.

Les premiers opérateurs n'ouvraient donc pas le canal inguinal ; ils faisaient une très petite incision cutanée et assuraient la fixation des ligaments et le maintien de la réduction par des sutures qui nous paraissent aujourd'hui réellement insuffisantes.

On admet généralement que c'est ROUX (de Lausanne) qui a recommandé et pratiqué le premier le débridement de la paroi antérieure du canal inguinal. Son exemple fut suivi par KOCHER, DOLÉRIS, EDEBOHLS, WERTH, KUMMER, etc., tandis que beaucoup d'autres chirurgiens, avec MUNDE, KALMANN, STOCKER, GELPKE, etc., soutenaient, au contraire, qu'il fallait respecter cette paroi pour éviter les hernies et les éventrations consécutives. Aujourd'hui, les opinions sont encore partagées ; néanmoins, il semble que la majorité des chirurgiens approuve l'ouverture du canal dans toute sa longueur, de manière à pouvoir dégager le ligament rond jusqu'au niveau de la corne utérine, quitte à reconstituer la paroi par des sutures très soignées. Il n'en est pas moins certain que MM. FEHLING et STEIDL ont, dans un récent mémoire paru en 1904, montré qu'on pouvait assez facilement isoler ces cordons jusque dans le voisinage de leur insertion utérine sans qu'il fût besoin de recourir à des débridements. Pour ces deux chirurgiens, l'incision de la paroi inguinale n'est indiquée que si les ligaments sont introuvables ; dans ce cas, l'ouverture du canal peut rendre réellement service et abréger considérablement la durée de l'opération, ce qui n'est pas un mince avantage.

Passons maintenant à la description du procédé habituellement employé aujourd'hui. Le raccourcissement des

ligaments ronds étant une opération délicate, nous croyons bien faire en la décrivant avec quelques détails.

Incision parallèle à l'arcade crurale, partant de l'épine du pubis ou y aboutissant, longue de 6 à 7 centimètres au maximum. Avec le doigt coiffé d'une petite compresse aseptique, on dissèque ou plutôt on décolle, sans brutalité, les deux lèvres de la plaie cutanée sur une certaine étendue, de manière à bien découvrir l'aponévrose du grand oblique et la boule graisseuse d'Imlach, qui passe pour un point de repère précieux ; puis, le doigt va reconnaître l'épine du pubis ainsi que l'orifice superficiel du canal inguinal, facile à trouver grâce au rebord saillant formé par les fibres arciformes.

On procède ensuite au débridement de la paroi antérieure de ce canal. Avec une pince à dents de souris (pince à disséquer) on soulève le fascia superficialis au niveau même du rebord dont on vient de parler ; puis, avec la pointe du bistouri, on entame cette mince lame celluleuse, ce qui permet d'introduire facilement un doigt dans le canal et d'en soulever la paroi antérieure, qui est aussitôt incisée avec des ciseaux que l'on fait glisser sur ce doigt. Cette incision ne doit pas avoir plus de 3 à 4 centimètres, c'est-à-dire qu'elle doit être *moins longue que celle de la peau*. On obtient ainsi deux volets aponévrotiques, un supérieur et un inférieur.

Le canal inguinal une fois ouvert, on a sous les yeux une sorte de gouttière étroite, limitée, en arrière, c'est-à-dire profondément, par le fascia transversalis, en bas, par l'arcade de Fallope sur laquelle s'insèrent le fascia précédent et le volet inférieur de l'aponévrose du grand oblique que l'on vient de débrider ; en haut, se trouvent le tendon conjoint et le volet supérieur de l'aponévrose du grand oblique. C'est dans cette gouttière qu'il faudra chercher le ligament rond, perdu au milieu du tissu conjonctif qui tapisse la région.

On commence par bien exposer le champ opératoire ; à cet effet les deux volets aponévrotiques du grand oblique sont fortement réclinés en haut et en bas au moyen d'une pince de Kocher placée à l'angle de chacun d'eux ; enfin, deux écarteurs-râteaux, très larges, étalent la gouttière en tirant l'un sur le tendon conjoint, l'autre sur l'arcade crurale. Avec une pince à dents de souris tenue de la main gauche,

on soulève en bloc le contenu de la gouttière ; avec une pince hémostatique tenue de la main droite, on dissèque, ou plutôt on dissocie les éléments de ce contenu, mais en procédant lentement et doucement, en se gardant bien surtout d'employer à ce travail délicat ni bistouri, ni ciseaux ; de temps en temps, on tâte avec les doigts pour voir si l'on ne sent pas un cordon plus consistant, plus ferme que le reste des tissus ; bientôt, parfois même très vite, on aperçoit comme par transparence, au milieu de ces toiles celluleuses et ces traînées conjonctives, une sorte de petite bandelette blanchâtre ressemblant assez à une grosse veine exsangue : c'est le ligament rond. On le saisit aussitôt avec une pince hémostatique, et on commence à l'isoler, à le dégager des tissus ambiants à l'aide d'une pince à disséquer ordinaire ; dans ce travail, il faut éviter toute précipitation, toute brutalité ; de nombreux filaments relativement résistants unissent le ligament aux parois postérieure et inférieure du canal inguinal : on est parfois obligé de les sectionner avec les ciseaux, et c'est alors qu'on doit éviter de couper le cordon lui-même. A mesure que l'isolement fait des progrès, on sent que l'utérus cède, et la bandelette s'allonge, son volume augmente ; finalement, on constate qu'elle aboutit à un renflement en forme de cône qui se dégage de l'orifice profond du canal inguinal, acompagné d'un petit prolongement triangulaire : c'est l'origine de la corne utérine à laquelle se trouve accolé un petit diverticule péritonéal.

Avant d'aller plus loin, examinons ce qu'il convient de faire dans le cas où la recherche du ligament, telle qu'on vient de la décrire, resterait infructueuse. Au lieu de s'acharner, de piétiner sur place, — ce qui n'est pas sans inconvénients, car on risque de dilacérer le ligament sans le savoir, — il faut diriger ses investigations sur un autre point, plus en dehors, vers l'orifice profond du canal. Toujours armé de la pince à dents de souris, on soulève les tissus et l'on tire assez fort, d'une manière continue, mais sans brusquerie. A un moment donné, on aperçoit comme une sorte de traînée adipeuse, qui semble venir de la profondeur, pour se perdre dans la gouttière du canal inguinal ; en soulevant cette traînée avec la pince, on voit une bandelette blanchâtre,

qui n'est autre que le ligament cherché. Dans deux cas, où la recherche avait été particulièrement laborieuse, c'est cette traînée jaunâtre qui me mit, à mon insu, sur la voie. Bien entendu, cette graisse n'a rien de commun avec la boule adipeuse d'IMLACH.

Le premier ligament trouvé, celui du côté droit, par exemple, on répète la même opération à gauche.

Il s'agit ensuite de réduire la déviation utérine, après quoi on procède au raccourcissement des deux ligaments et à leur fixation.

En général, la réduction de la matrice s'effectue d'elle-même pendant la recherche des ligaments, car l'apparition de la partie renflée dont j'ai parlé plus haut prouve bien que le fond de l'organe s'est redressé. Par conséquent, il n'y a plus de réduction à obtenir, mais le chirurgien doit s'assurer que l'utérus est mobilisable ; dans ce but, il saisit les deux ligaments et les tire simultanément directement en haut, puis un peu en avant, tandis qu'un aide, avec le doigt introduit dans le vagin, constate que la matrice est fortement attirée en haut, que le cul-de-sac postérieur est libre ; en même temps, son doigt perçoit les secousses que le chirurgien imprime au col en tirant ces cordons en avant, en haut ou en dehors. On passe ensuite au temps essentiel de l'opération, qui est la résection des ligaments et leur fixation.

Tandis qu'un aide maintient l'un des ligaments tendu en avant de manière à attirer dans la plaie sa partie renflée, le chirurgien exécute un surjet avec du catgut fin (n° 0) qui unit ce cordon au bord inférieur du volet aponévrotique supérieur du grand oblique ; ce qui est essentiel, c'est de commencer le surjet en pleine partie renflée ; quant à la longueur de la suture, il est inutile qu'elle dépasse 5 ou 6 centimètres. Celle-ci terminée, on se sert d'un gros catgut (n°s 2 ou 3), qui étreint toute la circonférence du ligament au ras du dernier point de la suture superficielle qui doit réunir les bords correspondants des volets aponévrotiques du grand oblique. On termine en sectionnant le ligament au delà de la ligature qui étreint sa circonférence et assure son hémostase ; enfin, on place une dernière ligature à la terminaison du ligament, près de l'épine du pubis ; la partie

de ce cordon comprise entre ces deux ligatures, et longue, suivant le cas, de 8, 10, 12, 15 centimètres, est enlevée.

On ne saurait trop insister sur l'importance qu'il y a à bien assurer l'hémostase du ligament rond ; on oublie trop souvent que ce cordon possède une artère nullement négligeable ; celle-ci peut être la source d'un hématome capable de compromettre sérieusement le succès de l'intervention ; cet accident a été signalé par plusieurs opérateurs. Il faut donc lier le ligament rond avec deux extrémités du segment qui sera excisé [1].

Variantes. — M. Kocher (de Berne) fait une très grande incision cutanée, longue d'environ 15 centimètres, et débride la paroi antérieure du canal inguinal dans toute son étendue, afin de pouvoir mettre à découvert la partie la plus résistante de ces cordons, laquelle avoisine les cornes de l'utérus. Pour obtenir la réduction de l'organe rétrodévié, ce chirurgien veut qu'on tire sur les ligaments en haut et en dehors, dans le sens de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La réduction effectuée, il fixe les ligaments à l'aponévrose du grand oblique par un solide surjet de catgut. Enfin, M. Kocher recommande d'attirer le repli péritonéal qui accompagne ces cordons et de le comprendre dans la fixation.

M. Casati pratique une incision curviligne médiane, à concavité supérieure, dont les extrémités aboutissent aux orifices cutanés du canal inguinal ; puis, les deux ligaments sont entrecroisés sur la ligne médiane et suturés l'un à l'autre ainsi qu'au tissu fibreux voisin.

M. Lapthorn-Smith s'abstient de toucher à la paroi antérieure du canal inguinal, mais il creuse une sorte de tunnel sous-cutané médian, entre les deux orifices inguinaux superficiels, et entrecroise les deux ligaments sous ce tunnel, de façon que le cordon droit aboutit à l'incision du côté gauche, le cordon gauche à l'incision du côté droit.

M. Gardner noue les deux ligaments l'un à l'autre au-dessus du pubis et les fixe solidement en ce point.

1. Pour toute cette description voir : Barozzi. A propos de l'opération d'Alexander (*La Gynécologie*, 1905, n° 6).

M. Gelpke, après avoir ouvert le canal inguinal, entrecroise les deux ligaments sur la ligne médiane, de manière que celui du côté droit, par exemple, se termine dans la plaie du côté gauche, et réciproquement. Les deux ligaments sont ensuite suturés l'un à l'autre au niveau de chaque plaie opératoire. Pour consolider cette fixation, M. Gelpke fixe, en outre, chaque cordon aux piliers inguinaux.

Complications. — Nous avons déjà vu que l'Alexander était une opération délicate, que la recherche des ligaments était souvent longue et difficile ; il faut ajouter qu'elle est encore assez souvent infructueuse, inutile, au moins pour l'un des deux : après une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure même d'efforts, on constate qu'on n'a rien trouvé ou bien qu'on n'a réussi à découvrir qu'un seul de ces liens. Force est alors au chirurgien de se contenter d'une fixation unilatérale ou de refermer les plaies sans avoir rien fait. C'est ce qui est arrivé à plus d'un opérateur. Krœnig mentionne deux insuccès complets sur 180 cas ; dans la statistique qu'il a relatée et qui comprend des observations appartenant à différents auteurs, Futh rapporte 16 cas où l'opération ne put être faite parce que les ligaments étaient restés introuvables. Dans un bon travail paru en 1900, Peters avoue que, chez une de ses malades, il dut se borner à fixer un seul ligament, faute d'avoir pu découvrir l'autre. Des exemples analogues ont été rapportés par MM. Fuchs, Flaischlen, Munde ; enfin, M. Steidl, assistant du professeur Fehling, vient de publier un très intéressant mémoire où cette question est étudiée avec le plus grand soin. Sur un ensemble de 60 opérées, l'auteur signale 1 cas d'absence bilatérale et 2 cas d'absence unilatérale. A ces exemples il faut ajouter que, dans 4 autres cas, l'un des ligaments se rompit au cours des manœuvres d'isolement et qu'il fut impossible de le retrouver : M. Steidl dut se résigner à des fixations unilatérales. Il convient de noter aussi que, chez 13 de ces opérées (sur 60), les ligaments étaient remarquables par leur gracilité. Enfin, chez une de ces femmes, on constatait une inégalité de volume très appréciable entre les deux ligaments.

En ce qui concerne nos observations personnelles, nous

devons reconnaître que nous avons été plus heureux que les auteurs que nous venons de nommer, car toutes nos opérées possédaient leurs deux ligaments. La découverte de ces cordons nous a parfois coûté beaucoup de peine, mais il ne nous est jamais arrivé de laisser l'opération inachevée, ni de faire une opération incomplète, unilatérale. Nous ne nous rappelons pas non plus avoir constaté une différence de grosseur entre les deux ligaments, anomalie signalée, cependant, par M. Steidl et par quelques autres : chez toutes les femmes que nous avons traitées, les deux ligaments offraient des dimensions sensiblement égales. Quant aux différences individuelles, il n'est guère possible de les nier ; en général, les ligaments ronds se présentent sous l'aspect de bandelettes rubanées, aplaties, terminées, du côté de l'orifice inguinal profond, par un renflement assez brusque ; parfois on les trouve relativement volumineux, charnus, presque arrondis ; mais nous ne les avons jamais vus réduits à l'état de gros filaments, comme l'affirment plusieurs opérateurs ; à notre avis, cet état filamenteux serait le résultat de la dilacération produite par des mains un peu brutales ou trop pressées.

En terminant, nous devons attirer l'attention sur un incident fort désagréable qui peut, parfois, retarder la guérison : nous voulons parler de la suppuration des plaies opératoires.

Cet accident paraît être assez fréquent, car plus d'un chirurgien s'en est préoccupé et a essayé d'en déterminer les causes. Ainsi, pour M. Krœnig, on le verrait survenir dans 8 0/0 des cas environ. M. Reifferscheid, qui a réuni des statistiques publiées par différents opérateurs, a noté cette complication 18 fois sur 241 femmes ayant subi cette intervention. Dans l'important mémoire déjà cité, M. Steidl étudie longuement cette question et avoue qu'il a constaté de la suppuration 12 fois sur 60 cas personnels. Chez trois de nos opérées sur 21, les plaies se désunirent, en donnant issue à des flots d'un pus franchement huileux, transparent, tenant en suspension des grumeaux et quelques lambeaux sphacéliques. Nous insistons sur ces détails, car, chose curieuse, dans ces trois cas, les accidents évoluèrent sans

réaction inflammatoire apparente : pas de tuméfaction locale, ni de rougeur appréciable, ni de douleur spontanée : on se serait cru en présence d'une collection purulente froide. En résumé, les choses passèrent inaperçues jusqu'au moment où le pus inonda le pansement et se répandit sur les draps. Fait à retenir : cette suppuration s'était manifestée tardivement, entre le dixième et le douzième jour de l'opération.

Quels peuvent être le point de départ de ces accidents et la cause de leur fréquence? On a proposé différentes explications, dont quelques-unes assez satisfaisantes. Ainsi, d'après M. Reifferscheid, il faudrait incriminer la trop longue durée des manœuvres nécessitées par la recherche et l'isolement de certains ligaments introuvables. D'autres attribuent la suppuration aux trop nombreuses ligatures et sutures perdues. Quelques-uns admettent qu'il y a inoculation du champ opératoire par les microorganismes du vagin, dans les cas où le raccourcissement des ligaments ronds est précédé d'une colporrhaphie. MM. Fehling et Steidl pensent qu'il faut peut-être accuser les meurtrissures que l'on inflige au tissu cellulaire sous-cutané, soit avec les écarteurs, soit avec les mains pendant la recherche des ligaments, lorsque celle-ci est trop laborieuse; ces meurtrissures et froissements auraient pour effet de compromettre la vitalité du tissu conjonctif et des aponévroses en détruisant leurs vaisseaux nourriciers.

Nous sommes d'autant plus disposé à admettre l'interprétation formulée par MM. Fehling et Steidl que, chez deux de nos opérées, il y eut élimination, par les plaies désunies, de quelques lambeaux aponévrotiques sphacélés ; nous nous demandons si l'on ne doit pas également faire intervenir la mortification des ligaments eux-mêmes. Or cette mortification a été déjà signalée par MM. Meer, Calmann, Fritsch et quelques autres ; M. Steidl en parle également. Elle a été attribuée aux ligatures fixatrices étreignant le ligament en masse et perpendiculairement à son axe. On a proposé de prévenir ces accidents, en faisant des sutures qui n'intéresseraient que la moitié de la circonférence de l'organe.

Au nombre des causes qui peuvent provoquer la suppuration, il faut ajouter les hématomes sous-cutanés et sous-aponévrotiques, résultats d'une hémostase incomplète. Cet accident doit être beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit, puisque M. ZWEIFEL a imaginé, pour le prévenir, d'appliquer systématiquement des sachets de sable sur la région opérée dans le but de combler les espaces morts ! Dans une des observations qu'il rapporte, ce chirurgien fut obligé de désunir la plaie opératoire pour enlever les énormes caillots de sang qui s'y étaient accumulés. M. RUMPF a également parlé de cette complication. Nous ne l'avons jamais observée.

Un dernier fait à signaler, c'est que la suppuration n'a pas fatalement pour résultat de compromettre le succès de l'opération. MM. FEHLING et STEIDL ont déjà insisté sur ce point. Nous avons eu l'occasion de faire cette constatation dans un de nos 3 cas de suppuration : ayant examiné cette femme deux mois après la fermeture de ses plaies, nous trouvâmes l'utérus dans l'attitude que lui avait imposée le raccourcissement de ses ligaments ronds.

Résultats. — Les anciennes statistiques mentionnent quelques décès directement imputables à l'opération : c'est ainsi que HARRINGTON a signalé 1 mort sur 140 cas ; KRŒNIG, 2 morts sur 180 cas ; FRASER, 1 mort sur 53 cas ; PETERS, 1 mort sur 40 cas. Depuis que la technique s'est perfectionnée, depuis surtout qu'on s'est décidé à apporter dans l'exécution de cette opération les mêmes soins, les mêmes précautions d'asepsie que s'il s'agissait d'une intervention intra-péritonéale, le raccourcissement des ligaments ronds par la voie inguinale est devenu un acte opératoire d'une bénignité absolue. Les statistiques suivantes en fournissent la preuve :

MUNDE	97	cas	0	mort
SCHULZ	80	—	0	—
RUMPF	75	—	0	—
STOCKER	32	—	0	—
STEIDL	60	—	0	—
NOBLE	62	—	0	—
GOLDSPOHN	100	—	0	—

Monchy...........................	133	cas	0	mort
Lapt. Smith.......................	89	—	0	—
Sonnenfeld........................	26	—	0	—
Roux-Wœgeli	38	—	0	—
Kummel............................	313	—	2	—

On voit donc que les *résultats immédiats* sont aujourd'hui constamment bons.

Quant aux *résultats éloignés*, les statistiques de ces dernières années sont, comme on va le voir, très encourageantes ; ainsi :

Semb..................	signale	3 récidives	sur	12 opérées revues.			
Andersch-Pfannenstiel	annonce 44 0/0 de récidives.						
Calmann..............	signale	2 récidives	sur	30 opérées revues			(sur 32)
Casati................	—	3	—	— 40	—	—	(— 43)
Buschbeck	—	2	—	— 5	—	—	(— 8)
Grusdew	—	2	—	— 39 cas revus (sur 41)			
Fraser	—	2	—	— 21 cas			
Sonnenfeld	—	3	—	— 26 opérées revues			
Roux-Wœgeli	—	4	—	— 21 cas revues (sur 38)			
Koetschau............	—	5	—	— 23 opérées revues			
Kustner-Cohn.........	—	15 0/0 de récidives					
Heinrich	—	0 récidive	sur	22 opérées revues			(sur 50)
Schulz	—	1	—	— 52	—	—	(— 80)
Kroenig-Feuchtwanger	—	3	—	— 15	—	—	(— 18)
Steidl................	—	3	—	— 49	—	—	(— 60)
Gradenwitz...........	—	39 guérisons	—	46	—	—	(— 66)
Noble................	—	2 récidives	—	62	—		
Wieland	—	5 succès	—	32	—		
Stocker..............	—	22	—	— 27	—	—	(— 32)
Monchy...............	—	6 récidives	—	65	—	—	(— 133)
Kummel-Waldschmidt..	—	89 succès	—	91	—	—	
Rumpf................	—	53	—	— 75 cas			
Wahl	—	8	—	— 10 opérées revues			
Barlöcher............	— 30—et 4 améliorations sur 35 opérées revues						
Kummel...............	130 opérées revues au bout d'un an, 4 insuccès.						

Par *bons résultats éloignés*, il faut entendre le maintien de la réduction et la disparition des troubles dus à la présence de la déviation. Malheureusement, les renseignements donnés par les auteurs manquent souvent de netteté ; ainsi il serait très important de connaître le laps de temps écoulé entre la date de l'opération et le jour où l'auteur a eu l'occasion d'examiner à nouveau son opérée pour constater soit

la récidive, soit la guérison définitive ; bien peu de chirurgiens songent à nous fournir tous ces détails. Et ce n'est pas tout : que faut-il entendre par résultats médiocres, guérisons incomplètes, améliorations tout court? Autant de questions très importantes que les auteurs laissent généralement sans réponse.

Quelle est l'influence exercée par l'opération d'ALEXANDER sur l'*évolution de la grossesse* et sur l'*accouchement?* La plupart des opérateurs admettent que, de toutes les méthodes de suspension, le raccourcissement des ligaments ronds est celle qui gêne le moins le développement de l'utérus gravide et le mécanisme de l'accouchement. Voici les résultats consignés dans les statistiques les plus importantes :

M. STEIDL.	Sur 49	opérées	revues a noté	3	grossesses	ayant évolué	à terme
WIELAND....				23	—	et 11 accouch.	
WALDSCHMIDT	— 89	—	—	9	grossesses	ayant évolué	à terme
RUMPF.......	— 53	—	—	11	—	—	—
HEINRICH....	— 22	—	—	8	—	—	—
KOETSCHAU..	— 23	—	—	3	—	—	—
KUSTNER....	— 39	—	—	14	accouch.	à terme	et 2 avort.
GRADENWITZ.	— 66	—	—	12	—	—	1 —
KROENIG.....	— 68	—	—	17	—	—	
MONCHY.....	— 65	—	—	16	—	—	4 —

OPÉRATION DE BECK. — *Ligamentopexie, inclusion pariétale des ligaments ronds.* — Voici, d'abord, la technique employée par M. BECK, technique qu'aucun de nos livres classiques ne décrit exactement. Laparotomie médiane sous-ombilicale : le péritoine pariétal ouvert, le chirurgien va reconnaître les ligaments ronds, il les dégage de leur revêtement séreux en incisant le péritoine parallèlement à leur direction, sur une étendue suffisante. Après avoir libéré ces deux cordons, M. BECK a soin de refermer immédiatement les deux plaies faites aux ligaments larges pour opérer ce dégagement. Cette précaution prise, le chirurgien saisit les deux ligaments et les suture l'un à l'autre sur une longueur d'environ 8 ou 10 centimètres. On obtient ainsi une corde que l'on attire hors de la plaie pariétale, et, au-dessous d'elle, on suture successivement le péritoine pariétal et la

couche musculo-aponévrotique ; il ne reste plus qu'à réunir les lèvres de la plaie cutanée au-dessus de la corde formée par les deux ligaments ronds suturés ensemble. Il est arrivé à Beck de n'utiliser qu'un seul ligament.

Ce manuel opératoire a subi des modifications plus ou moins profondes de la part de plusieurs chirurgiens.

Voici d'abord la technique recommandée par M. Richelot : laparotomie médiane sous-ombilicale ; on «saisit chaque ligament à quelque distance des cornes utérines, dans la portion toujours résistante et jamais éparpillée, on les amène, on les conduit, à l'angle inférieur de la plaie pariétale, pour les y fixer par deux ou trois catguts. Il faut les insérer dans l'épaisseur du plan musculo-aponévrotique en prenant tout ce plan avec l'aiguille, car, si les ligaments n'étaient suturés qu'au péritoine pariétal, la fixation n'aurait aucune valeur ». On voit que M. Richelot ne dégage pas ces cordons de leur revêtement séreux.

M. Spinelli (de Naples) procède tout autrement. Après avoir débarrassé les ligaments de leur enveloppe péritonéale et les avoir coupés, il les réunit en un seul cordon sur la ligne médiane et les fixe à la paroi abdominale, aussi haut que possible.

Les manières de M. Doléris diffèrent aussi des précédentes ; nous disons les manières, car ce chirurgien a successivement décrit deux procédés. Premier procédé : laparotomie médiane très basse, près de la symphyse ; les deux ligaments sont attirés vers l'angle inférieur de la plaie et fixés en ce point aux aponévroses de la paroi. Deuxième procédé : laparotomie médiane sous-ombilicale ; création d'un canal inguinal artificiel à droite et à gauche de l'incision ; dans chaque canal on fait passer une anse coudée de chaque ligament, qu'on suture directement l'un à l'autre et aux tissus musculo-aponévrotiques.

Procédé de Gilliams. — Laparotomie médiane sous-ombilicale, etc. Chaque ligament rond est attiré en avant, puis insinué dans une boutonnière taillée dans le muscle grand droit correspondant ; enfin, les deux ligaments sont ensuite accolés ensemble et fixés simultanément au tissu fibro-musculaire par des sutures au catgut ou à la soie.

Résultats. — Les résultats immédiats sont excellents : tous les opérateurs sont unanimes sur ce point ; c'est-à-dire que l'intervention est essentiellement bénigne et que les opérées se déclarent immédiatement très satisfaites. Quant aux résultats éloignés, IVENS (de Liverpool) a publié une statistique comprenant 100 cas opérés par le procédé de GILLIAMS, sans une seule mort opératoire.

Il a pu revoir et examiner 93 opérées. 32 d'entre elles, atteintes de rétrodéviations simples, ont été trouvées radicalement guéries ; 11 autres femmes atteintes de rétrodéviations compliquées de prolapsus ont été également revues et examinées : chez 9 d'entre elles, les résultats étaient bons ; deux autres sont forcées de porter un pessaire par mesure de précaution, car elles toussent. Enfin, IVENS parle de 50 femmes opérées pour rétrodéviation compliquée de lésions annexielles ; il a pu en revoir 46 et il les a trouvées satisfaites des résultats de l'intervention.

MAC FERLANE (de Glascow) rapporte aussi une série de 100 femmes traitées par le procédé de GILLIAMS-DOLÉRIS ; pas de mort opératoire. 28 femmes atteintes de rétroflexion fixée avec annexités ont été radicalement guéries. 15 autres ont été sérieusement améliorées, mais se plaignent encore de douleurs intermittentes. 16 sont devenues enceintes ; deux d'entre elles ont avorté ; une autre a récidivé après l'accouchement ; en somme toutes les rétrodéviations mobiles se sont déclarées satisfaites du résultat opératoire. MAC FERLANE avoue 5 échecs complets.

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE. — Syn. : *Gastro-hystéropexie, ventrofixation.* — C'est à LAWSON TAIT que l'on doit le premier cas de fixation du corps de l'utérus à la paroi abdominale. Il s'agissait d'une femme atteinte de rétroflexion compliquée d'ovarite bilatérale. Après avoir ouvert le ventre, L. TAIT enleva les deux ovaires, qui étaient très altérés, et fixa l'utérus par son fond à la paroi. Cette opération fut pratiquée en février 1880.

Avant la tentative du chirurgien anglais, on pourrait mentionner celle de KOEBERLÉ en 1869 et celle de SIMS en 1875 ; mais il convient de faire remarquer que ces deux

opérateurs avaient redressé l'utérus en fixant à la paroi des *pédicules d'ovariectomie ;* leurs opérations n'étaient donc pas, à proprement parler, des hystéropexies, puisqu'il n'y avait pas la fixation directe de la matrice à la paroi abdominale, et l'on doit en dire autant de la tentative que fit SCHRŒDER en 1879.

On s'accorde généralement à considérer M. OLSHAUSEN comme l'initiateur et le vulgarisateur de la ventrofixation appliquée systématiquement et comme procédé de choix à la cure des rétrodéviations. Il n'en est pas moins certain que, dans ses premières interventions, le chirurgien de Berlin redressait l'utérus en fixant les ligaments ronds et les ligaments larges au voisinage des angles utérins, procédé employé aussi par M. HOWARD KELLY et par M. KLOTZ (1886 et 1887), tandis que LÉOPOLD (de Dresde) assurait la réduction en fixant le fond même de l'organe rétrodévié (1887 et 1888). Mais M. OLSHAUSEN ne tarda pas à renoncer à la fixation indirecte pour adopter et recommander la ventrofixation telle que tout le monde la pratique aujourd'hui.

En France, les premières hystéropexies par la voie haute ont été exécutées presque simultanément par M. TERRIER et par M. L. PICQUÉ.

Quant à la technique, peu d'opérations ont donné naissance à autant de procédés que la gastro-hystéropexie, mais nous n'aurons garde de les décrire tous. Comme il faut savoir se borner, nous ne tiendrons compte que des techniques qui présentent entre elles des différences réellement appréciables.

Les premiers temps de l'opération sont communs à tous les procédés. Tout ce qui concerne le manuel opératoire de la laparotomie proprement dite a été longuement exposé dans le chapitre des *Généralités ;* nous n'avons pas à y revenir.

Le péritoine ouvert et après isolement du paquet intestinal au moyen de compresses aseptiques, on va à la recherche de l'utérus qui est saisi par son fond et ramené en avant, entre les lèvres de la plaie abdominale. La valve suspubienne de DOYEN, qu'on accroche à l'angle inférieur de

l'incision pariétale, facilite singulièrement les manœuvres pour le passage des fils ; cependant beaucoup de chirurgiens préfèrent s'en passer. Mais le secours de cet instrument est indispensable lorsqu'il s'agit de détruire les adhérences qui fixent la matrice au fond du Douglas, car alors le contrôle du toucher par la vue s'impose formellement. Ce temps de l'opération offre parfois de très sérieuses difficultés, et, dans un cas qui nous est personnel, la soudure de la paroi postérieure de l'utérus avec le péritoine du Douglas était tellement intime, tellement solide que force nous fut de refermer le ventre sans avoir pu corriger la rétroflexion. Fort heureusement il s'agit là d'une complication exceptionnelle.

Avec la pince-érigne qui mord le tissu utérin à 1 centimètre et demi au-dessous du fond et qu'il tient de la main gauche, le chirurgien immobilise l'utérus, tandis que sa main droite, armée d'une aiguille courbe — DOYEN, REVERDIN ou aiguille montée, — passe les fils dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'organe, au-dessous du point occupé par la pince-érigne, et en se gardant bien de pénétrer dans la cavité utérine. Il y a des opérateurs qui, au lieu de se servir de la pince tire-balle, fixent l'utérus simplement avec la main.

Procédé de OLSHAUSEN-SANGER. — Ces chirurgiens recommandent la fixation latérale ou plutôt bilatérale du corps utérin ; ils ne touchent jamais au fond, mais passent trois fils, étagés de haut en bas, près des bords de l'organe, immédiatement au-dessous de la trompe et au-devant des ligaments rond et large. La fixation est donc bilatérale, l'utérus est maintenu par six fils, trois de chaque côté (*VIIe réunion de la Soc. allem. de gynécologie*, 1897, p. 48).

Procédé de LÉOPOLD. — C'est un procédé de fixation médiane. M. LÉOPOLD place un premier fil (soie ou crin) qui traverse successivement de droite à gauche : *toute l'épaisseur de la paroi abdominale (y compris la peau)*, le tissu utérin sur la ligne médiane, à la hauteur des ligaments ronds, enfin de nouveau la paroi abdominale dans toute son épaisseur, mais cette fois d'arrière en avant. Un second fil

est placé de la même manière, mais au-dessus du précédent, à la hauteur des trompes ; puis un troisième fil, au-dessus du précédent, c'est-à-dire au niveau du fond même de la matrice.

On termine l'opération en nouant ces trois fils sur la ligne médiane ; enfin, on fait des sutures pariétales indépendantes pour achever l'occlusion de l'incision abdominale.

Les trois fils fixateurs sont retirés au bout d'une quinzaine de jours.

Léopold réalise donc *une fixation médiane temporaire du fond de l'utérus* au moyen de trois fils.

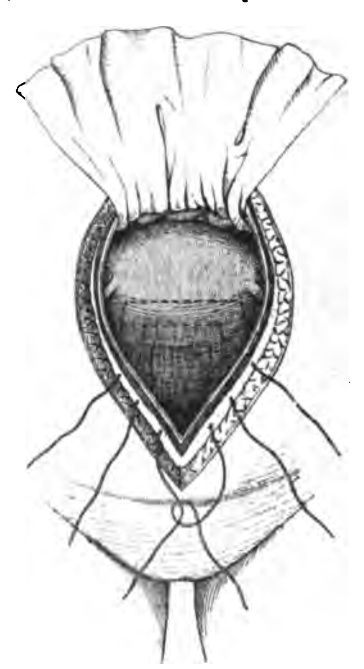


Fig. 130. — Hystéropexie; (procédé de M. Terrier).

Procédé de Czerny. — Ce chirurgien fixe aussi le fond de l'utérus, mais à l'aide de deux fils seulement, et ces deux sutures sont des sutures perdues, c'est-à-dire qu'elles n'intéressent pas la peau. Après avoir noué sur la ligne médiane les deux fils fixateurs, on suture, par dessus, la paroi abdominale avec des crins de Florence.

Procédé de Terrier. — M. Terrier (*fig.* 130) a adopté une technique qui ressemble beaucoup à celles de Léopold et Czerny. Il assure la fixation par *trois fils perdus :* le premier passe à l'union du corps et du col de l'utérus, le second vers le milieu du corps utérin, le troisième au-dessus très près du fond, *mais pas au niveau même de ce fond.* Ce qui caractérise surtout la manière de M. Terrier, c'est que ce chirurgien

passe ses fils en *faufilant*, de manière à ce qu'une partie du fil se trouve comprise, après serrement, entre la paroi utérine et la paroi abdominale.

Procédé nouveau de KELLY. — Depuis 1894 le chirurgien de Baltimore a renoncé aux fixations latérales, indirectes ; il procède aujourd'hui de la manière suivante : deux fils sont passés dans l'épaisseur de la paroi *postérieure* de l'utérus sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous du fond de l'organe. Après serrement des sutures, la matrice se trouve en antéversion très prononcée (Voyez JOHN HOPTKIN'S, *Hosp. reports*, 1894, p. 943).

Procédé de RICHELOT. — Voici la description textuelle de ce procédé que nous considérons comme le meilleur. « Saisissant la face antérieure de l'utérus, on l'attire en haut sur la plaie abdominale au moyen d'une pince-érigne dont les deux dents doivent mordre le tissu au-dessous de la place réservée au fil supérieur ; ce détail n'est pas insignifiant, car la blessure du tissu utérin par la pince-érigne peut saigner abondamment, et il est bon qu'elle soit faite sur un point qui va être mis au contact de la paroi.

« Contrairement à la conduite suivie par les premiers opérateurs, nous estimons que le point d'élection pour le passage des fils est la partie de la face antérieure intermédiaire au fond et à l'isthme. Ce mode de fixation permet à l'utérus gravide de se développer librement dans la cavité abdominale, tandis que l'immobilisation du fond prédispose aux mauvaises présentations, à la dystocie, et favorise l'accouchement prématuré. On fixe donc l'utérus avec trois fils de catgut nº 2 ou 3 passés transversalement dans l'épaisseur de la paroi utérine au moyen d'une aiguille courbe. Celle-ci doit être enfoncée à bonne profondeur, mais de manière à ne pas intéresser la muqueuse intra-utérine. Les trois fils sont placés en série verticale, le supérieur passant immédiatement au-dessous de l'insertion des tempes, l'inférieur au-dessus du niveau de l'isthme ; ils traversent de chaque côté toute la couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale. On termine en les nouant sur la ligne médiane, ce qui fixe l'utérus à la paroi et ferme la plaie dans

sa moitié ou ses deux tiers inférieurs. On achève comme à l'ordinaire la suture abdominale. »

Ce qui fait la supériorité de cette technique sur les précédentes, c'est la non-fixation du fond de la matrice, qui, dès lors, peut se développer librement chez la femme enceinte ou près d'accoucher.

Procédé de FRITSCH. — Pour faciliter l'expansion de l'utérus pendant la grossesse et son libre développement dans l'abdomen, ce chirurgien a renoncé à la fixation directe de l'organe à la paroi abdominale, il recommande de suturer la paroi utérine au *péritoine pariétal seul*. (Voyez BRINKMANN, *Thèse de Bonn*, 1901.)

Résultats. — La ventrofixation passe aujourd'hui pour la plus bénigne des laparotomies ; il n'en est pas moins vrai que les premières statistiques mentionnent quelques cas de mort. C'est ainsi que KÜSTNER relève 7 décès sur 934 cas de gastro-hystéropexie recueillis dans la littérature médicale. NOBLE signale aussi 2 morts dans une série de 127 observations.

Voici des chiffres plus rassurants :

H. KELLY..................	200 cas	0 mort
KOETSCHAU...............	149 —	0 —
ROUX-WOEGELI............	102 —	0 —
ZANINI....................	102 —	0 —
BRINKMANN-FRITSCH........	118 —	0 —

Mais nous devons à la vérité de dire que M. SONNENFELD [1] (clinique de ORTHMANN, à Berlin) a été exceptionnellement malheureux, car il a perdu 4 opérées sur 38 !

En somme, les *résultats immédiats* ne sont ni meilleurs ni pires que ceux de l'opération d'ALEXANDER.

Passons à l'examen des *résultats éloignés*. Nous avons pu recueillir les statistiques suivantes :

D'après GILES (de Londres), on peut dire sans exagération que 90 0/0 des femmes hystéropexiées sont manifes-

1. SONNENFELD (*Monats. für Geburt. und Gynäk.*, 1904, t. XIX, p. 584).

tement soulagées et que, dans 75 0/0 des cas, la guérison est radicale tant au point de vue des troubles fonctionnels qu'au point de vue de l'attitude de la matrice redressée ; en somme, 10 0/0 des opérées ne tirent aucun profit de l'acte opératoire, et l'auteur estime que la persistance des troubles fonctionnels doit être mise sur le compte de la névropathie, puisque l'utérus reste en bonne position (1910).

ORTHMANN-SONNENFELD	sur 21 opér. rev.	(sur 34)	notent :	1 récid.
VON GUÉRARD........	— 57 —		—	2 —
KELLY..............	—200 cas		—	4 —
BRINKMANN..........	— 50 — revus	(sur 118),		29 guérisons
ROUX-WOEGELI......	— 54 — —	(sur 102),		15 récidives
GRISTEDE............	— 19 — —	(sur 45),		13 guérisons
KUSTNER-COHN.......	— 65 — —			4 récidives
KOBLANK............	— 17 — —	(sur 19),		1 récidive
HALBAN-SCHAUTA.....	annonce 87 0/0 de succès.			

Quant aux résultats de la ventrofixation au point de vue de la *grossesse* et de l'*accouchement*, il est assez difficile de tirer une conclusion ferme des observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Ce qui n'est pas douteux, c'est que beaucoup de femmes ventrofixées et devenues enceintes ont vu leur grossesse s'interrompre à une date plus ou moins éloignée du terme normal ou bien ont été exposées à des complications sérieuses au moment du travail, tandis que, chez un grand nombre d'autres opérées, ces accidents ont fait complètement défaut. Quelle est la raison de cette différence? Il est assez difficile de le dire d'une manière positive. La plupart des auteurs admettent cependant que c'est le siège de la fixation qui joue le principal rôle dans le mécanisme des troubles dystociques. D'après les quelques cas que l'on a pu étudier d'une manière un peu plus complète, il semble assez bien établi que ce sont les fixations hautes, intéressant le fond de l'utérus qui doivent être incriminées ; mais une adhérence en surface trop étendue entre la paroi utérine et la paroi abdominale, surtout si cette adhérence est représentée par une bride trop courte et trop peu extensible, constitue également une condition très peu favorable au libre développement de l'utérus gravide.

C'est pourquoi la plupart des chirurgiens, OLSHAUSEN en tête, recommandent expressément aujourd'hui de ne jamais fixer le fond. En France, ces idées ont été défendues surtout par M. RICHELOT et par M. le professeur POZZI.

Voici maintenant quelques chiffres recueillis dans les publications les plus récentes :

1898. HEINRICIUS .	sur un total de 122 grossesses, chez des ventrofixées, signale 14 avòrtements et 3 accouchements prématurés.
1894. BIDONE	sur 6 grossesses (chez les femmes traitées par la fixation du fond), note : 2 accouchements normaux, 2 césariennes, 1 laparotomie, 1 grossesse ectopique hystérectomisée.
1904. V. GUÉRARD	a observé 57 accouchements après ventrofixation (le fond n'ayant pas été fixé); dans 2 cas, rupture de l'adhérence; dans 5 cas, application de forceps; dans 51 cas, accouchement normal.
1904. SONNENFELD	a observé 2 grossesses (parmi 34 hystéropexiées): 1 accouchement normal et 1 application de forceps.
1899. GRISTEDE...	signale 2 grossesses ayant évolué à terme et 1 accouchement normal. L'auteur avait employé le procédé de LÉOPOLD.
1910. GILES......	(de Londres) a suivi l'évolution de la grossesse chez 60 femmes hystéropexiées, et il n'a noté que 16 avortements; quant à l'action exercée par la grossesse sur la position de l'utérus traité par l'hystéropexie, l'auteux estime que la récidive ne survient que dans environ 3 pour 100 des cas opérés.

VAGINOFIXATION. — La vaginofixation a pour but de maintenir la réduction de l'utérus rétrodévié en fixant cet organe à la paroi antérieure du vagin. Cette fixation intéresse le corps ou le col de la matrice.

Vaginofixation du corps de l'utérus ou vaginofixation proprement dite. — MM. DÜHRSSEN et MACKENRODT doivent être considérés comme les véritables créateurs de cette mé-

thode, si populaire en Allemagne et à peine connue dans notre pays.

En principe, cette opération comprend les temps suivants :

1° Abaissement de l'utérus, afin de bien étaler la paroi vaginale antérieure, la vessie étant préalablement vidée et sa limite inférieure déterminée avec précision ;

2° Ouverture de la paroi vaginale, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale ;

3° Dissection et refoulement de la vessie aussi loin et haut que possible ;

4° Le corps de l'utérus est attiré dans l'aire de la plaie, après ouverture du cul-de-sac péritonéal ou sans cette ouverture ;

5° Fixation de la paroi antérieure du corps de l'utérus aux tranches de l'incision vaginale.

Il résulte de cette opération que le corps de la matrice est plus ou moins solidement soudé au cul-de-sac antérieur du vagin ; pour que l'utérus reste dans cette nouvelle attitude, pour que sa chute en arrière ne se reproduise pas, il faut : 1° que la soudure tienne bien ; 2° que la paroi vaginale ne se relâche pas.

Les procédés de vaginofixation sont très nombreux ; nous ne décrirons ici que les plus intéressants et les plus usités, ceux de M. MACKENRODT et de M. DÜHRSSEN.

Procédés de DÜHRSSEN. — Dans sa première manière, M. DÜHRSSEN fixait l'utérus à la paroi vaginale, *sans ouvrir le péritoine.* Incision transversale du cul-de-sac antérieur du vagin ; refoulement de la vessie, etc. Trois fils de soie, verticalement passés, fixaient le fond de l'organe au bord de la tranche vaginale antérieure, mais en ayant soin de ne pas intéresser la muqueuse vaginale proprement dite ; c'étaient donc des points de suture perdus. On terminait l'opération en réunissant les bords de la plaie vaginale par un surjet de catgut.

Plusieurs insuccès déterminèrent M. DÜHRSSEN à modifier son procédé. Il crut bien faire en réalisant la fixation après ouverture du cul-de-sac péritonéal ; mais le mode de fixa-

tion ne différait pas du précédent. On obtenait ainsi une soudure directe entre la paroi vaginale et le fond de la matrice, c'est-à-dire une soudure *séro-fibreuse* au lieu de la soudure *séro-séreuse* du premier procédé. En râclant le revêtement séreux du fond utérin, M. Dührssen pouvait même provoquer la formation d'adhérences *fibro-fibreuses*.

Mais ce chirurgien ne tarda pas à s'apercevoir que cette manière de faire donnait lieu à un accollement trop intime, trop solide entre l'utérus et le vagin, constatation rassurante au point de vue du maintien définitif de la réduction, mais bien alarmante au point de vue obstétrical. C'est ce qui l'engagea à recourir à une *troisième manière*.

Après avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal, il suturait le feuillet péritonéal antérieur à la tranche vaginale correspondante, puis le fond de l'utérus au bord vaginal ainsi garni de péritoine. La fixation était assurée au moyen de trois fils de soie passés verticalement et intéressant toute l'épaisseur de la paroi vaginale. On réalisait ainsi une soudure *séro-séreuse*. Malheureusement, les résultats laissèrent beaucoup à désirer, surtout au point de vue obstétrical. D'où la naissance d'un *quatrième procédé*, un peu plus compliqué que les autres. Cœliotomie transversale, comme précédemment, refoulement de la vessie, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin ; le fond de l'utérus était aussitôt fixé, par deux fils, à la tranche vaginale ; après avoir serré ces deux fils passés verticalement, il restait un orifice allongé dans le sens vertical et bordé par le péritoine ; les bords séreux étaient réunis par un surjet de catgut vertical, et le même fil servait à fermer la plaie vaginale, toujours dans le sens vertical. L'opération terminée, la ligne des sutures affectait la forme d'un T.

Ce quatrième procédé ne fut pas plus heureux que les trois autres, puisque M. Dührssen a fini par renoncer complètement à la vaginofixation pour adopter la *vésicofixation* ; celle-ci lui aurait procuré des résultats tout à fait satisfaisants ; c'est, du moins, ce qui ressort du mémoire publié en 1903. On trouvera la description de son procédé dans le chapitre consacré à l'étude des vésicofixations.

Procédés de Mackenrodt. — Comme M. Dührssen, M. Mackenrodt a dû modifier plus d'une fois sa manière de fixer l'utérus à la paroi vaginale.

Au début, il procédait de la manière suivante : incision en T du cul-de-sac antérieur du vagin ; refoulement de la vessie ; fixation de l'utérus *au-dessous du fond* au moyen de fils qui traversaient le cul-de-sac péritonéal et les bords de la branche verticale du T, aussi près que possible de l'angle inférieur. Dans ce procédé on n'ouvrait donc pas le péritoine. Résultats médiocres, que M. Mackenrodt attribua à la non-ouverture de la séreuse. Aussi s'empressa-t-il d'adopter une nouvelle manière, qui ne différait de la précédente que par le débridement du cul-de-sac vésico-utérin.

Cette modification n'améliora pas sensiblement les résultats éloignés, et M. Mackenrodt se décida à recourir à une *troisième manière*, dont voici la description résumée : incision verticale allant du tubercule uréthral au col, dissection des lèvres de la plaie sur une certaine étendue, de chaque côté ; seconde incision transversale répondant au cul-de-sac vésico-utérin et perpendiculaire à la première ; décollement et refoulement de la vessie ; l'utérus est ensuite attiré dans la plaie en avant ; on passe alors, transversalement, une série de fils intéressant à la fois le cul-de-sac péritonéal et le tissu utérin ; une fois serrés, ces fils ont pour résultat d'oblitérer complètement ce cul-de-sac et de l'appliquer sur la face antérieure de la matrice. Il ne reste plus qu'à fixer l'utérus aux lambeaux vaginaux ; cette fixation est assurée au moyen de fils étagés sur toute la face antérieure de l'organe, depuis le fond jusqu'au col. Donc, dans ce procédé, pas d'ouverture du péritoine,

M. Mackenrodt ne tarda pas à renoncer à cette technique compliquée ; il adopta de nouveau l'ouverture de la séreuse et la fixation directe de l'utérus au vagin dans toute la hauteur de la paroi antérieure.

Découragé par une nouvelle série d'insuccès, M. Mackenrodt, tout comme M. Dührssen, finit par abandonner la vaginofixation pour la *vésicofixation*. On trouvera la description de la nouvelle méthode un peu plus loin.

Parmi les autres chirurgiens qui ont pratiqué la vagino-

fixation, on doit citer les noms de MM. Müller, Orthmann, Winter, Rühl, Le Dentu, Pichevin, Jacobs, etc.

Quelques chirurgiens associent la vaginofixation à la colporraphie, au raccourcissement des ligaments ronds, larges, utéro-sacrés, etc.

Vaginofixations du col. — Ce sont des procédés oubliés depuis longtemps, et que l'on ne peut mentionner qu'à titre de curiosités historiques.

C'est ainsi qu'Amussat, en 1850, soudait la face postérieure du col à la partie correspondante de la paroi postérieure du vagin, au moyen de la cautérisation au fer rouge.

Richelot père, en 1868, et, beaucoup plus tard, en 1890, Bossi ont recommandé la soudure du col à la paroi vaginale postérieure, dans l'espoir de faire basculer le corps de l'organe en avant.

En 1888, Byford imagina de fixer la face *antérieure* du col à la paroi *postérieure* du vagin, mais seulement chez les femmes qui ont dépassé la ménopause.

Vaginofixations du fond. — Procédés surannés, aussi impraticables que les précédents.

Schücking (de Pyrmont), en 1888, a recommandé et exécuté la fixation du fond de l'utérus au cul-de-sac vésico-utérin. En 1901, il a conseillé de procéder de la manière suivante : ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, décollement et refoulement de la vessie ; l'utérus est fortement attiré en avant, dans l'aire de la plaie vaginale ; un gros fil traverse le ligament large gauche, d'avant en arrière, tout contre le bord utérin, et immédiatement au-dessous du ligament rond ; de là il passe en arrière de la matrice, embrasse toute la largeur de la face postérieure et ressort par le ligament large droit en un point symétrique du point d'entrée. On a ainsi deux chefs que l'on noue en avant, après leur avoir fait traverser les bords de la plaie vaginale.

En 1888, Sänger ouvrit le cul-de-sac vaginal antérieur ainsi que le repli séreux du péritoine, puis fixa le fond de la matrice au vagin, avec des fils d'argent.

Les autres procédés ne valent vraiment pas la peine d'être décrits, ni même mentionnés.

Résultats. — Les statistiques suivantes prouvent que la vaginofixation est une opération bénigne :

SONNENFELD	181 cas	1 mort
ANDERSCH	73 —	0 —
KÜSTNER-COHN	26 —	0 —
OLSHAUSEN-KAUFMANN	103 —	0 —
BAATZ	38 —	0 —

Les *résultats éloignés*, au point de vue du maintien de la correction, sont plutôt satisfaisants :

SONNENFELD	sur 165 vaginofixations intra-péritonéales, a revu 86 opérées et noté 2 récidives;
	sur 16 vaginofixations extra-péritonéales, a revu 11 opérées avec 0 récidive.
KAUFMANN-OLSHAUSEN	sur 103 cas, a revu 51 opérées et noté 11 récidives.
ANDERSCH	sur 73 cas, a signalé 33 succès.
DÜHRSSEN	en 5 ans, a fait 405 vaginofixations; 349 opérées ont été revues et 341 sont guéries.
BAATZ	sur 38 cas, signale 9 récidives.
KÜSTNER-COHN	sur 26 cas, a noté 4 0/0 de récidives.

Au point de vue de la *grossesse* et de l'*accouchement*, les résultats mentionnés par les dernières statistiques ne sont pas mauvais.

VON GUERARD a observé 41 grossesses survenues chez 39 opérées ; il note 1 seule rechute et 4 applications de forceps.

M. RÜHL constate que, sur 71 opérées ayant accouché, 3 seulement ont dû subir la césarienne ; dans les autres cas, il n'y eut pas d'accidents appréciables. Et il faut noter que 49 de ces femmes avaient eu le fond de l'utérus fixé.

M. DÜHRSSEN déclarait que son nouveau procédé avait permis à 30 grossesses de se terminer heureusement.

MM. Küstner et Cohn, sur 26 observations, notaient 9 grossesses avec 7 accouchements normaux et 2 avortements.

Vésicofixation. — Il s'agit d'accrocher, par des sutures, le corps de l'utérus au péritoine qui revêt la face postérieure de la vessie, ou à la paroi vésicale elle-même.

La première opération de ce genre est due à Werth, qui la fit en 1884, tout à fait accidentellement au cours d'une ovariectomie, pour redresser l'utérus de sa malade qu'il avait trouvé rétrofléchi. La fixation fut assurée par deux fils de soie, et le résultat définitif fut excellent. Depuis, il eut encore l'occasion de recourir plusieurs fois à la vésicofixation, comme opération complémentaire au cours de diverses interventions abdominales. Mais ce qu'il importe de retenir, c'est que Werth ne songea jamais à préconiser cette technique comme traitement de choix des rétrodéviations utérines. Ajoutons que ses 9 vésicofixations furent exécutées par la voie haute.

Après Werth, il faut citer Pryor, qui, lui, fit la vésicofixation de parti pris pour combattre les rétrodéviations de la matrice : sur la face antérieure de l'utérus et sur la face postérieure de la vessie, en des points se correspondant assez bien, il réalisait un avivement de 25 millimètres carrés ; après quoi les deux organes étaient appliqués l'un contre l'autre, au niveau des surfaces avivées et solidement fixées ensemble au moyen de trois ou quatre fils de soie. Pryor procédait aussi par la voie abdominale.

Sänger (de Leipzig) appliqua également la vésicofixation au traitement de la rétroflexion, et, comme les chirurgiens que nous venons de nommer, il fit cette opération en passant par le ventre.

Mackenrodt est le premier qui ait songé à la vésicofixation comme à un procédé de fixation sans influence fâcheuse sur l'évolution de la grossesse et sur le travail de l'accouchement (1895). Voici la technique qu'il employa : cœliotomie vaginale antérieure par incision verticale du cul-de-sac ; décollement et refoulement de la vessie ; oblitération du cul-de-sac vésico-utérin au moyen de plusieurs points de suture ;

décollement du péritoine rétro-vésical sur une certaine étendue et fixation, par des sutures, de ce feuillet péritonéal ainsi décollé à la paroi antérieure du corps utérin ; cela fait, la vessie était ramenée en avant et l'incision vaginale refermée par des sutures. On voit que, dans cette première manière, MACKENRODT évitait d'ouvrir le péritoine ; mais, appliquée au traitement de 5 cas de rétrodéviations, elle donna 2 récidives. Il se décida à la modifier, c'est-à-dire qu'il incisa le cul-de-sac péritonéal et fixa le feuillet péritonéal antérieur au corps utérin. Toutefois, le procédé ainsi transformé ne donna pas de résultats sensiblement meilleurs.

Ces insuccès successifs déterminèrent MACKENRODT à tenter un mode de fixation plus solide. C'est ce qu'il a cru réaliser de la manière suivante : cœliotomie vaginale antérieure, etc. ; le cul-de-sac péritonéal étant ouvert, on attire l'utérus dans l'aire de la plaie jusqu'à ce que son fond apparaisse entre les lèvres de l'incision vaginale ; d'une autre part, la face postérieure de la vessie a été dépouillée de son péritoine aussi haut que possible ; on obtient ainsi un assez grand lambeau séreux qui est suturé transversalement à la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus, c'est-à-dire d'une corne utérine à l'autre ; quant à la portion du feuillet péritonéal, sous-jacente à la ligne des sutures, elle est réséquée. Cela fait, on attire en avant la vessie qui avait été d'abord refoulée en haut, et sa face postérieure, dépouillée de péritoine, est suturée à la paroi antérieure de la matrice en un point correspondant à l'orifice interne du col. L'opération est alors terminée ; il ne reste plus, en effet, qu'à réunir les lèvres de la plaie vaginale au moyen de points séparés ou d'un surjet.

M. MACKENRODT affirme que ce dernier procédé lui a procuré des résultats éloignés excellents.

L'opération que nous venons de décrire a été également exécutée par la voie abdominale ; M. MACKENRODT la recommande pour traiter les rétrodéviations des femmes vierges.

En résumé, dans la dernière manière recommandée par ce chirurgien, il y a à la fois fixation séro-séreuse et fixation séro-fibreuse, puisque la face postérieure de la vessie dé-

pouillée de son revêtement séreux se soude intimement à la paroi utérine pourvue de son péritoine.

En réalité, il n'y a que le dernier procédé qui soit une *véritable vésicofixation;* les deux autres pourraient s'appeler des *péritonéo-vésicofixations.*

Péritonéo-vésicofixation aussi, la dernière manière de DÜHRSSEN, que ce chirurgien a si chaudement recommandée dans son mémoire de 1903, sous le titre tout à fait impropre de *vaginofixation.* En voici la technique résumée : cœliotomie vaginale antérieure, décollement et refoulement de la vessie, ouverture du péritoine ; le lambeau vésical est décollé de la face postérieure de la vessie et fixé au tiers supérieur de la paroi antérieure de l'utérus par *un seul fil ;* fermeture des bords séreux de la plaie, fermeture de la plaie vaginale. M. DÜHRSSEN se vante d'obtenir, par cette technique, une soudure séro-séreuse, mobile, limitée et, en même temps, très solide.

STAUDE, FEHLING, JACOBS, BYFORD ont aussi appliqué avec plus ou moins de bonheur la vésicofixation à la cure des rétrodéviations. M. BYFORD l'a associée au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Résultats. — Les résultats immédiats ne diffèrent pas de ceux que nous avons vus à propos de la vaginofixation proprement dite.

Quant aux résultats éloignés, les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse formuler des conclusions fermes. En voici quelques exemples :

FEHLING-HOHL........ 34 cas, 20 revus, 85 0/0 succès.

MADLENER........... 33 cas, 2 · guérisons.

DÜHRSSEN........... a étudié les résultats éloignés, au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, chez 72 opérées devenues enceintes; il signale : 2 cas de dystocie, 5 cas de lenteur de travail ; 9 enfants morts d'affections variées (2 faiblesses congénitales, 1 malformation, 1 procidence du cordon, 1 placenta prævia, 1 éclampsie, 1 néphrite, 1 cachexie, 1 céphalotripsie); il insiste sur ce fait qu'il n'y eut pas une seule présentation transverse. En somme, pas de récidive.

RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS UTÉRINS. — L'opération d'ALEXANDER corrige très bien la rétroflexion pure et simple, mais elle ne peut rien contre les rétrodéviations compliquées de lésions annexielles ; nous avons déjà appelé l'attention sur cet inconvénient.

C'est pour y remédier que divers opérateurs ont proposé d'aborder franchement les ligaments utérins par une *cœliotomie abdominale* ou *vaginale.*

Raccourcissement par la voie haute. — Cette idée a donné naissance à une foule de procédés dont nous ne retiendrons que les plus usités.

Raccourcissement des ligaments ronds. — Procédé de GILL WYLIE. — Laparotomie médiane sous-ombilicale ; le péritoine ouvert, on saisit les deux ligaments ronds et on leur fait à chacun un pli à concavité interne ; après avivement de cette concavité, on assure la soudure de chaque pli au moyen de trois ligatures à la soie. Cette plicature a pour effet de diminuer la longueur des ligaments et par conséquent d'attirer l'utérus en avant vers le pubis, c'est-à-dire de le redresser. A la suite de l'intervention, toute inclinaison en arrière, toute flexion antéro-postérieure de la matrice sont impossibles.

Procédé de BALDY. — Laparotomie médiane, etc. Les deux ligaments ronds sont attirés derrière l'utérus à travers deux boutonnières pratiquées au travers des ligaments larges, dans l'épaisseur de l'aileron supérieur ; ils sont ensuite accolés l'un à l'autre et solidement assujettis ensemble par une ligature ; on obtient ainsi une sorte de sangle rétro-utérine sur laquelle repose cet organe ; on achève l'opération en fixant chaque ligament à la face postérieure de la matrice par deux ou trois points de catgut ou de soie ; pour donner plus de solidité à ces sutures, il est indispensable de faire passer les fils dans le parenchyme utérin, à bonne profondeur.

Procédé de MANN. — Laparotomie médiane, etc. Chaque ligament rond subit une double plicature, après avivement

des surfaces correspondantes. Pour assurer la soudure des parties accolées, on fait deux solides ligatures à la soie, l'une près de la corne utérine, l'autre non loin de l'orifice inguinal. Chaque ligature embrasse toute l'épaisseur de la double plicature.

Procédé de PALMER DUDLAY. — Laparotomie, etc. La face antérieure de l'utérus est avivée, c'est-à-dire dépouillée de son revêtement séreux sur une assez grande étendue, et on donne à cet avivement la forme d'un ovale ; on avive aussi, de la même manière, la partie la plus interne de la face antérieure de chaque ligament large, en dedans du trajet normal des ligaments ronds. On obtient ainsi trois avivements, dont les deux latéraux égalent ensemble la surface du médian. Cela fait, on attire les ligaments ronds vers la ligne médiane, au-devant de la face antérieure de l'utérus sur laquelle on les applique. Il ne reste plus qu'à suturer : 1° les deux ligaments ronds l'un à l'autre ; 2° chaque ligament rond à la paroi antérieure de la matrice. En accollant ces deux cordons l'un à l'autre et contre la paroi utérine, les deux surfaces avivées des ligaments larges se trouvent nécessairement appliquées sur l'avivement ovalaire de la face antérieure de l'utérus, dont nous avons parlé, d'où soudure intime et définitive entre les parties ainsi rapprochées. On comprend facilement que cette plicature des ligaments ronds et leur accollement à la paroi de la matrice ait pour résultat le raccourcissement de ces cordons et le redressement de la rétrodéviation.

Procédé de MENGE. — Tout récemment, en 1904, M. MENGE (de Leipzig) a recommandé une technique qui ne diffère pas sensiblement de celle de M. P. DUDLEY. On commence par faire à chaque ligament rond un pli à concavité externe, et ce pli est maintenu par des sutures au catgut. Les deux plis sont ensuite appliqués transversalement sur la face antérieure de l'utérus et fixés, en cette attitude, par des points de catgut intéressant le tissu utérin. Mais, en ramenant les ligaments ronds ainsi repliés transversalement en dedans pour les appliquer contre la paroi utérine, chaque

ligament large, dans sa partie correspondant au ligament rond, subit aussi une plicature que l'on fixe solidement par des sutures à la paroi antérieure de la matrice, immédiatement au-dessus des replis formés par les ligaments ronds. (*Centralb. für Gynäk.*, 1904, p. 691.)

Raccourcissement des ligaments larges. — Quelques chirurgiens, parmi lesquels il faut citer KELLY, IMLACH, POLK, etc., ont essayé de corriger les rétrodéviations en raccourcissant, par plissement, la partie externe des ligaments larges. Ils procédaient par la voie haute. Ces tentatives ont eu peu de succès. Toutefois, il convient d'ajouter que M. PETERSEN aurait, chez 17 malades, obtenu de très bons résultats (*Amer. j. of. obstetr.*, 1895, t. XXXI, p. 832).

Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. — KELLY et FROMMEL auraient obtenu quelques succès en rapetissant d'avant en arrière chaque ligament utéro-sacré au moyen de sutures qui rapprochaient leurs deux points d'insertion (rectale et cervicale). Leur exemple ne paraît pas avoir été imité, du moins en ce qui concerne l'opération faite par la voie abdominale.

Raccourcissement et fixation par la voix vaginale. — Les procédés qui s'exécutent par la voie vaginale ne sont pas moins nombreux que les précédents.

Raccourcissement et fixation des ligaments ronds. — Ce procédé a donné des résultats qu'il serait injuste de passer sous silence.

C'est à M. WERTHEIM que l'on doit l'idée de fixer les ligaments ronds à la paroi vaginale en vue de redresser l'utérus rétrodévié, et l'opération fut faite sur le vivant par M. SCHAUTA en 1896. En voici la technique résumée : cœliotomie vaginale antérieure, etc. ; la fixation est assurée par un gros fil passant de droite à gauche, ou de gauche à droite, par la paroi vaginale, les deux ligaments tout près des angles utérins, puis encore par le vagin ; les deux chefs du fil sont noués sur la ligne médiane.

Dans le courant de la même année, M. WERTHEIM proposa à *raccourcir* ces ligaments en passant encore par la voie

basse. Cœliotomie vaginale antérieure, refoulement de la vessie, etc. ; on attire les ligaments ronds en avant et on les replie sur eux-mêmes, de manière à raccourcir chacun d'eux d'environ 8 à 9 centimètres. Les plicatures sont maintenues par des ligatures embrassant toute l'épaisseur du double cordon.

Afin de consolider la réduction de l'utérus ainsi obtenue, M. WERTHEIM associe à l'opération précédente le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, qu'il exécute séance tenante. On fait donc basculer l'utérus en avant, de manière à découvrir les replis de DOUGLAS ; alors, rien de plus simple que de réduire leur longueur au moyen de solides ligatures qui rapprochent, d'avant en arrière, leurs points d'insertion. On trouvera la description détaillée de cette double opération dans le mémoire que M. WERTHEIM a publié en 1896 en collaboration avec M. MANDL.

Nous devons ajouter que la priorité de cette intervention a été disputée à M. WERTHEIM par MM. BODE (de Dresde), GODINHO et RIDDLE GOFFE. Tout permet de supposer que M. WERTHEIM ignorait les essais de ces chirurgiens lorsqu'il publia ses premiers résultats.

Raccourcissement des ligaments larges. — Procédé de KOCKS (de Bonn). — Très large cœliotomie antérieure, empiétant sur les culs-de-sac latéraux du vagin ; décollement et refoulement de la vessie, etc. Le péritoine ouvert, on attire l'utérus dans la plaie vaginale, et on passe des fils de la manière suivante : un premier fil traverse d'avant en arrière le ligament large (gauche par exemple) ou plutôt son feuillet antérieur, puis il chemine, dans l'épaisseur de ce ligament, de dehors en dedans, et, arrivé au niveau du bord utérin, ressort d'arrière en avant, traversant encore une fois le feuillet séreux antérieur ; ce fil est ensuite porté au-devant de la face antérieure de la matrice, transversalement, et, arrivé près du bord droit de l'organe, il traverse d'avant en arrière toute l'épaisseur du ligament large droit, chemine un peu sur la face supérieure de ce ligament, toujours dans le sens transversal et en se dirigeant en dehors, après quoi il retraverse d'arrière en avant toute l'épaisseur du même liga-

ment, pour reparaître en avant, en un point à peu près symétrique de son point d'entrée gauche. On a alors deux chefs, que l'on noue sur la ligne médiane. Cette ligature a pour résultat de raccourcir sensiblement les deux replis en les attirant au-devant de l'utérus.

Procédé d'Alexandroff. — Cœliotomie antérieure empiétant largement sur les culs-de-sac latéraux du vagin, etc. ; le péritoine ouvert, on fait, à la base de chaque ligament large, une ligature ; section le long du bord utérin du faisceau isolé par cette ligature ; cela fait, on obtient de chaque côté un faisceau muni des fils qui ont servi à l'isoler ; saisissant simultanément les chefs des deux ligatures, on attire fortement les faisceaux en avant et on les croise en nouant les fils au-devant du col ; on termine l'opération en suturant les deux faisceaux l'un à l'autre et au col ; les ligatures sont alors enlevées. Il est facile de comprendre qu'en croisant les deux faisceaux au-devant du col on refoule celui-ci en arrière, tandis que le corps de l'utérus bascule en avant.

Raccourcissements des ligaments utéro-sacrés. — Nous avons déjà parlé du procédé employé par Wertheim, qui l'associe au raccourcissement des ligaments ronds.

Polk a aussi recommandé cette manière de faire. Mais Barrow procède en deux temps : 1° cœliotomie antérieure et raccourcissement des ligaments ronds ; 2° ouverture du Douglas et raccourcissement des replis du même nom au moyen de ligatures antéro-postérieures.

Quant à Boise, sa manière de faire diffère sensiblement des précédentes. Il commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur, mais après avoir fortement attiré l'utérus, de manière à tendre les ligaments utéro-sacrés ; il procède ensuite au raccourcissement de ces replis au moyen de sutures antéro-postérieures. Il ouvre alors le ventre et détruit les adhérences de la face postérieure de la matrice, afin de bien libérer cet organe. Finalement, il exécute un Alexander typique.

CUNÉO-HYSTÉRECTOMIE ou HYSTÉROPLASTIE. — Cette opération, imaginée par Thiriar (de Bruxelles), s'exécute de la

manière suivante : on résèque un segment quadrangulaire sur la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de l'angle de la rétroflexion, mais *sans intéresser la muqueuse intra-utérine ;* il en résulte une plaie quadrangulaire que l'on réunit par des sutures verticales au catgut. Il est facile de comprendre que le rapprochement du bord antérieur et du bord supérieur de la plaie a pour résultat de redresser la rétroflexion et de la changer en antéflexion peu accusée.

Au lieu d'un lambeau quadrangulaire, M. MAUCLAIRE résèque sur la face postérieure de l'organe un long lambeau vertical cunéiforme et réunit la plaie par des sutures transversales. C'est ce qu'il appelle une *cunéo-hystérectomie verticale postérieure.*

RABENAU, DOYEN, ELISCHER ont réalisé l'hystéroplastie en passant par la voie vaginale.

Ces opérations ont été associées au raccourcissement des ligaments ronds, des ligaments larges, etc.

HYSTÉROPEXIE PELVIENNE POSTÉRIEURE. — Il s'agit d'ouvrir largement le cul-de-sac postérieur du vagin, et, à travers cette brèche, d'aller suturer la face postérieure de la portion vaginale du col au péritoine qui tapisse le promontoire.

FREUND a recouru à cette opération dans deux cas de rétroflexion compliquée de hernie congénitale du cul-de-sac de DOUGLAS (POZZI).

HYSTÉRECTOMIE TOTALE. — Il peut sembler étrange d'entendre parler d'hystérectomie à propos d'une affection en apparence aussi peu grave que la rétroflexion. Mais comment arriver à soulager des malades que ni l'Alexander, ni l'hystéropexie, ni l'ablation partielle des annexes n'ont réussi à guérir? On est donc parfois bien obligé d'en arriver là. Nous nous empressons d'ajouter que les indications du sacrifice de l'utérus, dans la rétrodéviation, sont extrêmement rares.

Il est permis d'en dire autant des rétroflexions compliquées de lésions annexielles suppurées, bilatérales. L'ablation de la trompe et des ovaires peut corriger la difformité, mais elle ne peut rien contre la douleur. Chez ces malades, l'hystérectomie totale s'impose aussi formellement.

Indications générales. — Au point de vue thérapeutique, nous croyons devoir conserver la distinction que nous avons établie entre les déviations symptomatiques et les déviations idiopathiques.

Rétrodéviations symptomatiques. — Pour avoir raison de la déviation, il faut remonter à la cause qui lui a donné naissance. S'agit-il d'une rétroflexion compliquée de *salpingo-ovarite ?* Il est clair que ce sont les adhérences et exsudats pelviens qui ont imposé à l'utérus son attitude vicieuse, au moins dans un très grand nombre de cas. Ici, les opérations de suspension extra-abdominales, comme, par exemple, l'Alexander, sont contre-indiquées, parce que inefficaces ; en effet, comment agir sur les adhérences qui immobilisent la matrice sans avoir ouvert le ventre? C'est donc à la laparotomie qu'il faut recourir pour pouvoir appliquer aux annexes malades un traitement approprié, supprimer les brides péritonéales qui fixent l'organe en position vicieuse au fond de l'excavation pelvienne. Cela fait, et c'est l'essentiel, on pourra, s'il y a lieu, compléter l'acte opératoire en redressant l'utérus et en le fixant à la paroi abdominale directement (hystéropexie) ou par l'intermédiaire de ses ligaments (opération de Beck, de Wylie, etc.). Mais très souvent la fixation est superflue : après l'ablation des parties malades et la suppression des exsudats, on voit la matrice se redresser spontanément et reprendre son attitude physiologique. Ces faits sont aujourd'hui très bien connus de tous les opérateurs.

Si la rétrodéviation est liée à une infection de la muqueuse, à une *endométrite*, quelle sera la conduite à tenir ? On commencera par soigner la métrite ; celle-ci guérie, il n'est pas fréquent que la déviation persiste. Dans les formes légères, la dilatation par les laminaires, suivie de quelques lavages intra-utérins ou de la cautérisation de la muqueuse, peuvent suffire. En cas d'insuccès, le curettage est indiqué. Si l'endométrite est très ancienne, invétérée, la dilatation, les lavages, les caustiques sont souvent infidèles ; il faut prendre la curette [1].

1. Chez les femmes atteintes de salpingite, la muqueuse utérine est très souvent infectée. Pour avoir une guérison sérieuse et durable, on

Mais il peut arriver que la guérison de l'endométrite n'ait aucune influence sur la correction de la déviation. On s'adressera alors à l'un des nombreux procédés de suspension que nous avons décrits.

Rétrodéviations primitives. — La déviation est toute la maladie ; il n'y a ni endométrite, ni infection tubo-ovarienne ; la malade peut n'avoir jamais été enceinte ; elle peut même être vierge. Quelle est la marche à suivre pour le traitement ?

Il faut commencer par instituer une thérapeutique essentiellement conservatrice. Étant donné que l'utérus dévié est sujet aux poussées congestives ou même déjà atteint de sclérose, la première indication à remplir est de soumettre la malade à une hygiène spéciale sur laquelle nous avons suffisamment insisté en étudiant la sclérose de l'utérus (Voyez p. 245). En second lieu, il faut essayer de réduire la déviation et de la maintenir réduite sans recourir aux procédés sanglants d'emblée : *réduction manuelle*, *réduction instrumentale*, tout sera mis en œuvre, mais il est rare d'obtenir par ces moyens des succès durables. Nous pensons qu'il est préférable d'essayer la *réduction lente* au moyen des laminaires, car celles-ci ont aussi l'avantage de combattre la congestion du parenchyme utérin. Cependant il ne faut pas se dissimuler que, par ces moyens isolés, on arrive rarement à des guérisons définitives.

A l'étranger, surtout en Allemagne, la *pessarothérapie* est prônée par des chirurgiens distingués, et nous avons vu que la guérison radicale a été obtenue chez plusieurs malades.

Quant au *massage gynécologique*, nous savons que les avis sont très partagés sur son opportunité dans les cas de rétroflexion ou version. C'est, d'ailleurs, un traitement long, assujettissant, dispendieux, très souvent infidèle ; mais il n'y a aucun inconvénient à l'essayer.

ne doit pas omettre de traiter l'endométrite. *Comme il n'est pas très prudent de curetter une femme qui a les annexes malades*, on commencera par la laparotomie, et l'on ne s'occupera de la métrite qu'une fois la malade guérie de sa première opération. En cas de cervicite chronique : amputation partielle du col ou cautérisations avec une caustique énergique.

En résumé, beaucoup de malades appartenant à la classe riche ou à la classe aisée peuvent ajourner indéfiniment l'échéance d'une intervention sanglante, car le repos prolongé, l'hydrothérapie, les cures thermales [1], les pessaires, la dilatation leur offrent des ressources précieuses au moyen desquelles elles peuvent rendre leur vie tout à fait supportable, et, parfois même, se débarrasser complètement de leurs maux. Un point sur lequel on ne saurait jamais trop insister c'est la nécessité de *combiner les méthodes thérapeutiques* dont nous venons de parler : c'est à ce prix qu'on aura des chances sérieuses d'éviter l'intervention sanglante.

Malheureusement on n'en saurait dire autant des malades appartenant aux classes modestes de la société. Sans doute l'hydrothérapie, les pessaires, la dilatation donnent souvent des améliorations remarquables, mais de courte durée, car le *repos*, le *principal facteur de la guérison*, est un luxe qu'il est difficile d'exiger. Aussi, pour la grande majorité de ces femmes, l'intervention chirurgicale finit par s'imposer d'une manière formelle : il faut redresser l'utérus et le fixer en bonne position.

1. Nous ne saurions trop le répéter : le traitement hydro-minéral devrait jouer un rôle capital dans la thérapeutique des déviations utérines *primitives ;* malheureusement, chirurgiens et gynécologues n'ont montré, jusqu'à présent, que bien peu d'empressement à utiliser cette précieuse ressource.

Et, à ce propos, rappelons qu'il n'est pas indifférent de recommander telle station plutôt que telle autre : en d'autres termes, il faut savoir choisir. Ainsi, aux femmes d'apparence robuste, avec tendance à l'embonpoint, mais nerveuses et excitables à l'excès, on conseillera de préférence les eaux sédatives de *Néris* et surtout celles de *Saint-Sauveur ;* s'agit-il, au contraire, de malades plutôt déprimées, affligées de règles ménorragiques ou de métrorragies inter-menstruelles? N'hésitez pas à les diriger sur *Luxeuil*, où les grandes douches vaginales feront merveille; toutes les fois qu'il y a prédominance de l'élément douleur, avec tendance au gigantisme utérin, les eaux de *Salies de Béarn* rendront de grands services.

Enfin, n'oublions pas que les déviations primitives peuvent, à un moment donné, se compliquer d'une infection de l'endomètre ou des annexes ; à moins d'indications spéciales que nous n'avons pas à examiner ici, il est de règle de s'attaquer tout d'abord aux lésions infectieuses, et de n'aborder la cure de l'élément déviation qu'après l'extinction aussi complète que possible des foyers microbiens.

Choix de l'intervention. — S'agit-il d'un petit utérus parfaitement mobile, et la malade est-elle une femme jeune qui peut, qui doit avoir des enfants ? L'hésitation ne nous paraît pas possible : c'est à l'Alexander qu'il faut recourir, c'est l'Alexander qu'il faut préférer à tous les autres moyens de correction, tant à cause de sa bénignité et de son efficacité que parce qu'il représente une opération tout à fait rationnelle au point de vue obstétrical. Bien exécuté, il doit toujours réussir.

Mais le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds est à rejeter toutes les fois qu'il y a doute sur l'intégrité des annexes. Nous savons, en effet, que l'ovarite scléro-kystique n'est rien moins que rare chez les femmes atteintes de rétroflexion primitive ; d'une autre part, nous venons de voir que les rétrodéviations se rencontrent très souvent dans les cas de tubo-ovarite suppurée. Dans ces conditions, se contenter de redresser l'utérus sans se préoccuper de l'état de la trompe et de l'ovaire, c'est aller, de gaîté de cœur, au-devant d'un échec certain, immanquable. Chez ces malades, le chirurgien ne peut pas se désintéresser des lésions annexielles ; il est souvent obligé d'enlever une trompe ou seulement d'en réséquer une portion, de sacrifier un ovaire ou une moitié d'ovaire, ou simplement d'ignipuncturer la glande après avoir détruit les plus gros kystes. Avec l'Alexander la chose est matériellement impossible ; il est vrai que MM. Asch et Fuchs ont proposé, en 1899, de compléter cette opération par une colpotomie postérieure, permettant d'agir sur les lésions tubo-ovariennes ; mais alors le raccourcissement des ligaments ronds n'est plus l'intervention essentiellement bénigne dont nous avons parlé. Il vaut infiniment mieux s'adresser franchement à la laparotomie, ouvrir le péritoine, appliquer à la trompe et à l'ovaire le traitement qui leur convient et terminer la séance par le redressement et la fixation en bonne attitude de l'utérus rétroversé ou rétrofléchi. Pour réaliser ces dernières indications, on n'a que l'embarras du choix : *ventrofixation*, *opération de* Beck, *de* Gill Wylie, etc.

Puisqu'il s'agit d'une femme jeune, il y a avantage à choisir, de tous les procédés que nous avons étudiés, celui

qui influencera le moins l'évolution de la grossesse, qui entravera au minimum la libre expansion de l'utérus gravide. A ce point de vue, la *ligamentopexie* peut être considérée comme le procédé de choix. Nous avons vu qu'il en existe plusieurs variantes ; la technique de Beck nous paraît être bien compliquée, celle de M. Dolêris ne l'est guère moins ; nous accordons donc la préférence à l'opération telle qu'elle a été réglée par M. Richelot : elle est simple, très facile, très rapide d'exécution et d'une bénignité absolue ; « elle réunit les avantages de l'hystéropexie, ceux de l'Alexander, et échappe à leurs défauts ; elle est une laparotomie qui permet d'achever le diagnostic et de faire dans le petit bassin toute manœuvre exigée par les circonstances ; d'autre part, elle fixe l'utérus dans sa position naturelle sans lui faire contracter d'adhérences anormales, sans que rien puisse le gêner dans son développement, ce qui est d'une importance capitale au point de vue des grossesses et accouchements ultérieurs ».

Au point de vue des résultats éloignés et du maintien de la correction, l'*hystéropexie abdominale* mérite aussi d'être recommandée, car elle a donné à tous les chirurgiens des guérisons durables et définitives, et son pronostic comporte la même bénignité que celui de la ligamentopexie ; donc, *à partir de la ménopause*, ses indications sont extrêmement fréquentes : on la préférera à l'Alexander toutes les fois que, la mobilité de l'utérus étant compromise, il y aura lieu de craindre la présence de lésions tubo-ovariennes [1].

Quelle est la valeur des opérations de Gill Wylie, de Mann, de Menge, de Palmer Dudlay, etc. ? N'ayant aucune expérience personnelle de ces procédés, il nous est bien difficile d'exprimer sur leur compte une appréciation autorisée. D'ailleurs, toutes ces opérations ont été jusqu'ici très rarement exécutées en France, et il faut ajouter que la plupart des chirurgiens français les ont accueillies avec la plus grande méfiance. *A priori* nous pensons qu'elles sont très inférieures à l'inclusion pariétale des ligaments ronds,

1. Les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants pourraient être rangés dans cette catégorie.

car : 1° elles sont d'une exécution très compliquée ; 2° elles ne donnent pas à la fixation un point d'appui suffisamment solide. Pourtant M. SEGOND déclare s'être très bien trouvé du *procédé* de MANN ; malheureusement sa statistique ne comprend qu'un très petit nombre de cas.

Il nous reste à parler des *vagino* et *vésicofixations*. Voilà encore des méthodes qui n'ont jamais soulevé beaucoup d'enthousiasme parmi les chirurgiens français. M. POZZI les condamne sans la moindre réserve. Quoique moins sévère, M. LE DENTU ne les considère pas non plus comme des procédés de choix. Pour M. RICHELOT, la vaginofixation est un pis-aller qui peut rendre service quand on n'est pas libre de faire une laparotomie, et, à ce titre, elle mérite de n'être pas complètement délaissée. A l'étranger, surtout en Allemagne, les avis sont plus partagés, mais la note favorable domine, et il n'y a pas que MM. DÜHRSSEN et MACKENRODT pour prôner cette opération comme une des belles conquêtes de la gynécologie contemporaine. Il faut avoir la sincérité de reconnaître que leurs statistiques sont loin de donner un démenti à leurs affirmations. Pour ce qui est de notre sentiment personnel, et en mettant les choses au mieux, tant au point de vue du maintien de la réduction qu'à celui des grossesses ultérieures, nous avouons ne pas bien saisir l'utilité de cette opération. A quoi bon recourir à une technique compliquée et laborieuse, lorsqu'on a à sa disposition des interventions de la valeur de l'Alexander, de la gastro-hystéropexie et de l'inclusion pariétale des ligaments ronds ?

M. DÜHRSSEN affirmait tout récemment que sa *péritonéo-vésico-fixation* n'avait aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse. C'est très possible, mais, en principe, nous soutenons que la *cysto-hystéropexie* doit être déconseillée formellement tant que la femme n'a pas atteint ou dépassé la ménopause.

Quant aux *fixations* et *raccourcissements des ligaments larges* et *utéro-sacrés*, nous n'avons absolument rien à ajouter aux quelques lignes que nous avons consacrées à leur description.

ANTÉDÉVIATIONS
(ANTÉVERSION ET ANTÉFLEXION)

Dans la grande majorité des cas, les antédéviations de l'utérus ne méritent pas d'être décrites comme des états morbides, car elles ne sont, en réalité, que l'exagération d'une attitude normale. Cependant on a signalé une *antéflexion congénitale* résultant de l'inégal développement des

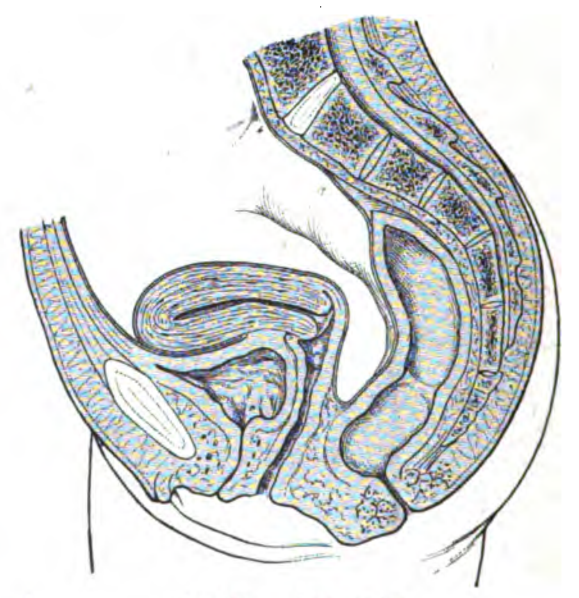


Fig. 131. — Antéversion.

deux parois antérieure et postérieure de la matrice ; on a dit aussi, qu'au cours de la puerpéralité, l'utérus pouvait se mettre en antéflexion par le fait d'un défaut d'involution de sa paroi postérieure.

Chez la femme adulte, l'*antéversion*, c'est-à-dire le renversement de l'organe en avant (sans déviation de l'axe) peut

être dû à la présence d'une tumeur pelvienne refoulant l'utérus en avant contre la face postérieure de la vessie. Il s'agit alors d'une antéversion symptomatique.

L'antéversion primitive (*fig.* 131), essentielle, passe pour être rare ; il serait plus exact de dire qu'elle donne rarement lieu à des troubles suffisants pour attirer l'attention. Ces troubles, quand ils existent, consistent en des sensations de pesanteur hypogastrique accompagnées de fréquentes

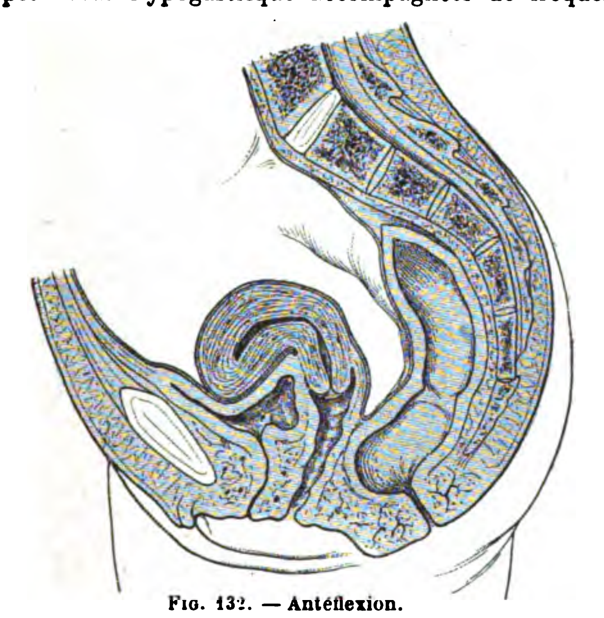


FIG. 132. — Antéflexion.

envies d'uriner. Par le toucher vaginal, on trouve le col refoulé en arrière, dans le cul-de-sac postérieur, tandis que le corps de l'organe retombe en avant sur la paroi vésicale postérieure ; le fond se cache derrière la symphyse du pubis, où il n'est pas très facile de le découvrir.

Quant à l'*antéflexion* (*fig.* 132), on la distingue également en secondaire et en primitive. La première forme s'observe chez les femmes atteintes de suppurations pelviennes ; mais elle est infiniment moins fréquente que la rétroflexion de

même origine. Dans les deux cas, la pathogénie est identique.

Il arrive assez rarement qu'on soit appelé à donner des soins à une femme qui souffre parce que son utérus est fléchi en avant. En général, les symptômes fonctionnels se réduisent à peu de chose : pesanteur pelvienne, fréquence de la miction, qui est quelquefois douloureuse, beaucoup plus rarement ménorragies ou métrorragies.

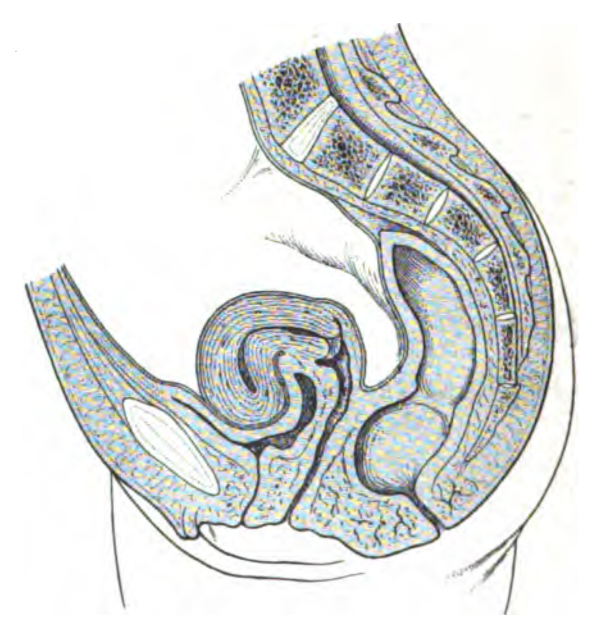


Fig. 133. — Antéflexion et antéversion.

En pratiquant le toucher vaginal, on constate que la direction du col est normale ; mais, dans le cul-de-sac antérieur, on trouve une saillie arrondie et dure, constituée par le fond du corps utérin qui s'est replié en avant. Cette saillie, qui, parfois, efface complètement le cul-de-sac, est peu sensible à la pression du doigt, contrairement à ce qui se passe chez les femmes atteintes de rétroflexion.

Quelques auteurs ont publié des observations relatives à

des utérus à la fois antéversés et antéfléchis ; nous avons vu que cette combinaison est assez fréquente dans les rétrodéviations (*fig.* 132).

Au point de vue pathogénique, tout ce que nous avons dit à propos de la rétroflexion convient aussi à l'antéflexion ; nous n'y revenons donc pas.

Le diagnostic est trop aisé pour mériter qu'on s'y arrête longuement ; mais il faut éviter de prendre pour une antéflexion un petit *corps fibreux* siégeant dans la paroi antérieure de la matrice, et réciproquement.

Le pronostic est infiniment moins sérieux que celui de la rétroflexion.

Quant au traitement, les indications générales sont les mêmes que dans les rétrodéviations : donc, inutile de nous répéter. On peut en dire autant du choix de l'intervention. Il faut commencer par les moyens médicaux, conservateurs : redressement manuel ou instrumental, dilatation par les laminaires, usage des pessaires, hydrothérapie, cures thermales, etc. En cas de non-réussite, on ne doit pas hésiter à prendre le bistouri : l'Alexander, l'hystéropexie, l'inclusion pariétale des ligaments ronds sont les seuls procédés qui méritent d'être recommandés.

Bibliographie. — De Bovis. Rétrod. des vierges (*Semaine médicale*, 1908). — Doléris. Trait. des déviations (*La Gynécologie*, 1911). — Dalché. Déviations et métrorr. virginales (*La Clinique*, 1908). — Laurent. Trait. méd. des déviations (*Thèse de Paris*, 1912). — Joly. Déviations et pessaires (*Thèse de Lyon*, 1912).

PROLAPSUS

Étiologie et pathogénie. — On désigne sous ce nom une maladie ou plutôt une infirmité caractérisée par le relâchement progressif des parois vaginales, qui finissent par se dérouler complètement hors de la vulve, entraînant l'utérus avec elles dans leur chute.

On a rapporté des faits indéniables de *prolapsus congénital* nettement constitué au moment de la naissance. Le cas publié par Redvansky concernait une enfant qui vint au

monde avec un prolapsus typique irréductible ; malgré cette grave difformité, la fillette était parfaitement viable, et l'auteur eut l'occasion de l'examiner à nouveau six mois plus tard. Mais le sujet observé par Hansen mourut au bout de huit jours ; il est vrai que le prolapsus coïncidait ici avec un spina bifida. Purefoy parle aussi d'une fillette atteinte de prolapsus et de spina bifida, qui succomba le quatrième jour de sa naissance. Dans le cas signalé par Andrew, il y avait, en même temps, une imperforation du rectum : mort au bout de douze jours ; dans celui, plus récent, de Bürger, l'enfant présentait, en plus, de la parésie des membres inférieurs. Ces exemples prouvent que la chute congénitale de l'utérus et du vagin est moins rare qu'on ne l'a dit. Mais M. Richelot fait observer, non sans raison, que les accidents dont nous venons de parler ressemblent beaucoup plus « à un vice de développement qu'à un prolapsus tel que nous le concevons ».

En règle générale, le prolapsus est une *infirmité acquise*, qui se manifeste sous l'influence de *causes prédisposantes* et *déterminantes* assez bien connues.

Parmi les premières, il faut faire intervenir surtout les grossesses répétées et les déchirures du périnée. La grossesse agit en distendant les ligaments, qui, chez certaines femmes, ne peuvent plus recouvrer leur élasticité ni leur tonicité premières. Quant au périnée, on sait le rôle important qu'il joue dans la statique du cylindre vaginal : on comprend donc facilement que ce conduit, perdant son principal soutien, subisse un relâchement progressif qui l'entraîne du côté de la vulve. Un amaigrissement subit, certaines maladies débilitantes favorisent aussi la chute du vagin et de l'utérus, en diminuant la résistance des ligaments larges. On peut en dire autant des professions pénibles nécessitant des efforts continuels et de longue durée : elles ont pour effet direct d'augmenter la pression intra-abdominale : sous l'influence de celle-ci, le paquet intestinal, pesant continuellement sur l'utérus et ses annexes, finit par avoir raison de la résistance des ligaments.

Quant aux causes déterminantes, il est incontestable qu'elles interviennent pour constituer la maladie ; à ce point

de vue, il faut incriminer les efforts exagérés, les chutes sur le siège, les violents accès de toux ; sous l'influence d'un de ces facteurs, la chute se produit brusquement ; on dit alors que le *prolapsus* est *aigu ;* en réalité, il s'achève.

Telles sont les causes admises par tous les ouvrages classiques. Avec M. Richelot, nous pensons que la prédisposition ne dépend pas seulement des grossesses répétées, des déchirures du périnée, ni de l'augmentation de la pression intra-abdominale ; ces facteurs jouent sans doute un rôle considérable dans la genèse du prolapsus, mais il y a quelque chose de plus dont on doit tenir compte : la manière d'être de la femme, la prédisposition dépendant de sa constitution, de la qualité de son tissu fibreux. Pour que la grossesse, l'augmentation de la pression intra-abdominale, etc., puissent compromettre la solidité des ligaments utérins, il faut que ces ligaments soient particulièrement vulnérables. « L'origine du prolapsus, dit M. Richelot, doit être cherchée avant tout dans l'état diathésique de la femme. Les distensions produites par la grossesse et l'accouchement sont le prétexte, la cause déterminante, mais elles n'agissent que chez les femmes prédisposées, et les prédisposées ont souvent leur prolapsus sans accouchement ni grossesse. » La meilleure preuve de la justesse des idées défendues par M. Richelot est fournie par le prolapsus qui survient chez les vierges et dont la réalité est aujourd'hui universellement admise. En voici quelques exemples. M. Villemain a rapporté, en 1900, l'observation d'une vierge de quatorze ans, qui eut un prolapsus aigu pour avoir voulu soulever un fardeau considérable ; la chute de la matrice survint brusquement, accompagnée d'une douleur atroce qui détermina une syncope. Après l'accident, on constata que le col, très hypertrophié, dépassait la vulve de plusieurs centimètres. Le cas publié par M. Miranda (de Naples) est encore plus démonstratif. Il s'agit d'une vierge de vingt-quatre ans, exerçant la profession de tisseuse. Depuis huit ans, cette jeune fille était atteinte d'un prolapsus typique survenu d'une manière progressive : le col de l'utérus, considérablement allongé, dépassait la vulve de plusieurs centimètres ; la cavité utérine elle-même mesurait 10 centimètres de long. Les observations de

ce genre ne sont plus rares depuis que l'attention a été attirée sur cette importante question de pathogénie.

Il nous reste à dire quelques mots du mécanisme du prolapsus, question capitale au point de vue du traitement chirurgical ; c'est pour l'avoir mal interprétée que maint opérateur n'a enregistré que des échecs.

C'est le vagin qui se déplace, qui glisse le premier, l'utérus vient ensuite. En s'affaissant, en se déroulant vers la vulve, ce conduit, grâce à ses solides attaches cervicales, attire l'utérus, l'entraîne avec lui et finit par sortir avec lui à travers l'orifice vulvaire, au-dessous duquel les deux organes pendent en battant de cloche. Pendant plus ou moins longtemps, tout dépend de la solidité des ligaments larges, ronds et utéro-sacrés, la matrice tient bon ; mais, à la longue, les liens fibreux se fatiguent, s'étirent, s'allongent, et, finalement, la chute s'accomplit. Dans aucun cas l'utérus n'agit par son poids, pour pousser le cylindre vaginal ; nous ne saurions assez insister sur ce point, et la meilleure preuve qu'on en puisse donner consiste à observer ce qui se passe toutes les fois qu'on enlève la matrice prolabée sans toucher au vagin : on voit les parois vaginales reglisser et se dérouler hors de la vulve aussi facilement et aussi complètement qu'avant l'hystérectomie. La conclusion à en tirer au point de vue du traitement est facile à comprendre : il faut faire suivre l'extirpation de l'utérus d'une large résection des parois vaginales.

Anatomie pathologique. — Il faut étudier séparément la chute des parois vaginales et celle de l'utérus.

Prolapsus vaginal. — C'est le premier en date, on ne saurait trop insister sur ce point. Il se manifeste d'abord par le glissement et la chute de la paroi antérieure, dite vésico-vaginale ; cette paroi se relâche progressivement, et, comme elle adhère assez intimement à la vessie, elle entraîne avec elle la partie correspondante du réservoir de l'urine. Ce premier degré du prolapsus vaginal constitue ce qu'on est convenu d'appeler une *cystocèle* (*fig.* 131) ou une *colpocèle antérieure*. Celle-ci peut exister seule et représenter toute la maladie.

Beaucoup plus souvent, la paroi postérieure du vagin s'affaisse à son tour, entraînant la paroi antérieure du rectum, à laquelle elle est unie par du tissu cellulaire assez lâche ; les deux parois glissent donc ensemble jusqu'au dehors de la vulve, où elles forment un bourrelet transversal plus ou moins prononcé. On dit alors qu'il y a *rectocèle* (*fig.* 132) ou *colpocèle postérieure*. Il peut arriver que la rectocèle constitue à elle seule toute la maladie ; mais le fait est assez rare ; en général, la rectocèle coexiste avec la cystocèle, qui la précède presque toujours de plusieurs mois ou de plusieurs années.



Fig. 134. — Cystocèle.

Disons tout de suite que la vessie et le rectum ne sont pas toujours entraînés par la chute des parois du vagin : ce sont alors les culs-de-sac péritonéaux qui descendent vers la vulve et, dans ces culs-de-sac, viennent parfois se loger des anses intestinales : ces diverticules de la cavité péritonéale constituent des *entérocèles*, que l'on distingue en *antérieure* et en *postérieure*. Ce type de prolapsus, très rare, mérite d'être décrit, car il offre une réelle importance au point de vue du traitement chirurgical.

Prolapsus utérin. — Entraîné par le poids des parois vaginales hypertrophiées et affaissées, l'utérus finit par céder, il descend progressivement vers l'orifice vulvaire, qu'il franchit en même temps que le cylindre vaginal complètement déroulé. Au début, il n'y a qu'un simple abaissement de l'organe, ce qu'il est aisé de reconnaître par le tou-

cher vaginal ; cet abaissement s'accentue très lentement, et, pendant assez longtemps, remplit la portion de vagin qui persiste encore à l'état de cavité réelle. Finalement, utérus et vagin pendent en battant de cloche hors de la vulve (*fig.* 135).

L'utérus prolabé n'est pas un utérus normal ; en dehors des lésions d'endométrite qui peuvent exister, mais *qui ne sont nullement la conséquence, ni la cause du prolapsus*, l'organe est hypertrophié dans son ensemble ; le museau de tanche est volumineux, infiltré, couvert d'excoriations et même d'ulcérations, résultat des frottements répétés subis par l'organe déplacé et exposé aux injures extérieures. Mais c'est la zone sus-vaginale du col qui présente les modifications les plus intéressantes ; elle est ordinairement allongée, étirée, amincie au point d'être réduite à l'état de cordon creux ; d'autres fois on la trouve, au contraire, épaissie, hypertrophiée. Disons tout de suite que cette hypertrophie est secondaire et tout à fait distincte de celle à laquelle Huguier a attaché son nom. D'après ce chirurgien, le prolapsus ne serait pas dû à la chute du vagin, mais tout simplement le résultat de l'allongement hypertrophique primitif de la portion sus-vaginale du col : le vagin fait saillie hors de la vulve parce qu'il est repoussé par le col hypertrophié et incapable de se développer du côté de l'abdomen.



Fig. 135. — Rectocèle.

La théorie de Huguier est loin d'être fausse, seulement son auteur a eu le tort de la généraliser à l'excès, de soute-

nir que tous les cas de prolapsus dépendaient d'elle. C'est exactement le contraire qu'il aurait dû dire.

Conclusions : dans l'immense majorité des cas, l'hypertrophie ou plutôt l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col est *secondaire* aux tractions exercées par le vagin prolabé sur ce segment de la matrice; mais il

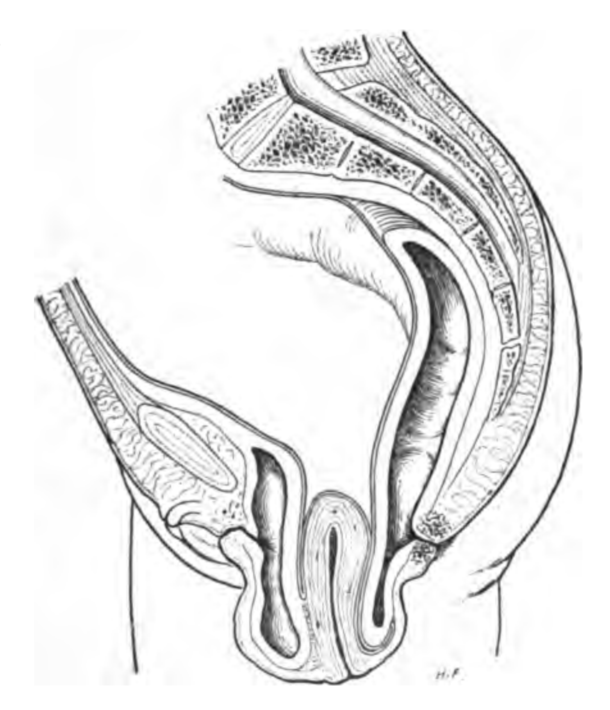


Fig. 136. — Prolapsus complet.

existe incontestablement des cas de *pseudo-prolapsus*, caractérisés par ce fait, que la zone sus-vaginale du col est le siège d'un *allongement hypertrophique primitif*, qui, incapable de se développer librement du côté de l'abdomen, évolue du côté de la vulve en refoulant devant lui ses insertions vaginales, d'où inversion de la partie supérieure de ce con-

duit. Ajoutons que cette hypertrophie n'est pas toujours limitée au segment sus-vaginal du col ; elle peut porter en même temps sur le museau de tanche lui-même, auquel elle communique souvent des formes assez bizarres : tels sont les cols *tapiroïdes*, *en massue*, *en battant de cloche* dont on trouvera la description ailleurs.

En terminant, nous devons rappeler que les parois vaginales prolabées sont aussi le siège de modifications importantes ; tous les auteurs ont noté l'épaississement de la muqueuse, qui offre la consistance de la peau ou du cuir ; elle est blanchâtre, ou bien rosée, ou encore violacée et livide. Nous avons déjà parlé des excoriations et des ulcérations qui peuvent s'y développer.

Symptômes. — Le prolapsus peut survenir d'une manière brusque, aiguë, à la suite d'un effort exagéré (soulèvement d'un poids, chute sur le siège, etc.) ; mais, dans la grande majorité des cas, le mal s'installe lentement, sournoisement ; il commence par une cystocèle à peu près insignifiante, pour aboutir, progressivement, à la chute totale de l'utérus et du cylindre vaginal hors de la vulve. Quelquefois, il suffit d'un effort un peu considérable pour compléter instantanément un affaissement modéré datant de plusieurs années.

Si elle est peu prononcée, la cystocèle ne se révèle par aucun trouble appréciable, et c'est par hasard, ou à l'occasion d'un examen nécessité par une autre cause, que le médecin découvre la lésion. Celle-ci se caractérise par une voussure arrondie, rosée, allongée dans le sens vertical, faisant une saillie plus ou moins marquée entre les petites lèvres, immédiatement au-dessous du méat. Cette voussure est molle, très facilement réductible, parfaitement indolente. Ce n'est que dans les cas très prononcés qu'on observe des troubles du côté de la miction (rétention de l'urine, ou, au contraire, pollakiurie, etc.).

Par le cathétérisme on constate facilement que la cystocèle est due à la présence de la vessie déplacée, entraînée hors de la vulve par l'affaissement de la paroi correspondante du vagin. Mais il y a des exceptions : la saillie de la cystocèle

peut être constituée par le décollement du vagin seul ; dans ce cas, en ouvrant la cystocèle, on pénètre directement dans la cavité péritonéale ; en général, c'est l'intestin qui vient se placer dans ce diverticule péritonéal. On dit alors qu'il y a *entérocèle vaginale antérieure*. C'est un accident très rare.

Quant à la rectocèle, elle se présente sous l'aspect d'un bourrelet qui occupe la partie postérieure de la vulve. Ce bourrelet offre les mêmes caractères que la cystocèle : c'est une saillie rosée, molle, aisément réductible, tout à fait indolente, etc. En pratiquant le toucher rectal, on reconnaît que cette saillie est due à la chute du rectum, à moins qu'elle ne soit constituée par le cul-de-sac de DOUGLAS rempli d'anses intestinales. Le prolapsus se complique alors d'une *entérocèle vaginale postérieure*. Ces anomalies sont très importantes à connaître au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Très souvent il y a, en même temps, cystocèle et rectocèle ; la vulve offre alors un aspect tout à fait caractéristique : entre les grandes lèvres, on aperçoit deux boursouflures séparées par un sillon transversal : celle d'en haut, plus considérable, allongée dans le sens vertical, est formée par la chute de la paroi antérieure du vagin ; l'autre, allongée transversalement, répond à la rectocèle. Quant au sillon, il indique l'entrée du vagin. C'est en ce point qu'il faut pousser l'index pour pénétrer dans ce conduit.

En pratiquant le toucher vaginal, on constate que la matrice est plus ou moins déplacée, abaissée, car le doigt rencontre le museau de tanche très près de l'orifice vulvaire ; souvent même il suffit de prier la femme de *pousser* un peu pour que le col apparaisse entre les deux bourrelets dont nous avons parlé.

Mais le degré d'abaissement de la matrice ne correspond pas toujours à celui des parois vaginales. Il n'est pas absolument rare de trouver cet organe à peine déplacé, malgré la présence, à la vulve, d'une cystocèle et d'une rectocèle parfaitement caractérisées. D'autres fois le glissement du vagin donne lieu à des déviations utérines, ce qui s'explique aisément : c'est ainsi que la cystocèle, quand elle est très prononcée, fait basculer le corps utérin en avant, provo-

quant ainsi une véritable antéversion ; de même, la rectocèle exerce au niveau des insertions du vagin sur le col des tractions plus ou moins fortes, qui ont nécessairement pour effet de faire basculer le fond de l'organe en arrière, d'où la production d'une véritable rétroversion. Ces déviations sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit ; si les auteurs n'en font pas souvent mention, c'est qu'on n'a pas pris l'habitude de vérifier le présence de ce symptôme.

Parvenu à sa dernière étape, le prolapsus se présente sous l'aspect d'une tumeur polypoïde ou en massue, à grosse extrémité libre et perforée d'un orifice central, l'orifice du museau de tanche. Cette tumeur, dont le volume ne dépasse guère celui du poing, se laisse ordinairement réduire sans douleur et sans difficulté. Mais, à un moment donné, elle peut devenir le siège d'une congestion intense, et, pendant plusieurs heures et même plusieurs jours, résister à toutes les tentatives de réduction.

D'autres complications sont encore possibles. Sous l'influence de frottements répétés, de froissements, de heurts, on voit se développer de petites *ulcérations*, qui sont autant de portes d'entrée pour les microorganismes ; chez les femmes peu soigneuses, la muqueuse finit par s'infecter, des *abcès*, des *lymphangites* se déclarent avec propagation à la muqueuse de l'urèthre, à la vessie, d'où production des cystites purulentes compliquées de *lésions ascendantes* du côté de l'uretère, du bassinet, du rein, etc. Enfin, on a rapporté des observations d'*étranglement* et de *sphacèle* de l'utérus, accidents qui peuvent se terminer par la mort.

Hâtons-nous d'ajouter que ces graves complications sont relativement rares. Dans la majorité des cas, le prolapsus est une infirmité compatible avec la vie. Même dans les formes les plus accusées, les symptômes fonctionnels se réduisent à de la pesanteur hypogastrique, à des tiraillements dans la région inguinale et dans la région lombaire. Mais, pour pouvoir vivre avec leur infirmité, les malades doivent renoncer à la vie active, aux travaux pénibles, à la marche, à la station debout prolongée. Voilà la règle générale ; toutefois il est juste de tenir aussi compte des exceptions, car elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Grâce à une hygiène bien

comprise, il y a des femmes — nous en avons tous vu — qui, malgré une chute complète de la matrice, peuvent vaquer à leurs occupations et même exercer des professions assez pénibles.

Évolution et pronostic. — Abandonné à lui-même, le prolapsus n'a pas la moindre tendance à rétrocéder ni même à s'arrêter dans son évolution ; bien au contraire, on le voit s'accentuer tous les jours davantage jusqu'à ce que l'utérus ait fini par perdre droit de domicile dans l'excavation pelvienne. Devenue irréductible ou à peu près, la tumeur est exposée à des accidents dont les plus sérieux sont la *gangrène* et l'*infection.*

Ce que nous venons de dire s'applique au prolapsus complet utéro-vaginal ; si la chute est partielle, limitée au glissement de la paroi antérieure ou postérieure du vagin, le pronostic est moins défavorable ; nous avons tous vu des cystocèles et des rectocèles durer des mois et des années, sans subir d'aggravation appréciable.

Le sphacèle est une complication rare ; il est le résultat de frottements répétés, de pressions prolongées et s'observe chez les femmes peu soigneuses de leurs organes génitaux. Dans la majorité des cas, tout le mal se réduit à une ou deux petites plaques mortifiées autour de l'orifice du museau de tanche, presque toujours en arrière.

Les accidents septiques peuvent être très sérieux. En général, il s'agit d'*abcès circonscrits* développés à la faveur des petites ulcérations qui existent toujours chez les malades malpropres ; quelquefois on a vu survenir des *lymphangites aiguës diffuses* capables de menacer la vie de la patiente.

Diagnostic. — Il est, ordinairement, très facile. Grâce à la réductibilité de la saillie vaginale, impossible de confondre la cystocèle ou la rectocèle avec un *néoplasme* solide ou liquide du vagin.

Néanmoins, il peut se faire qu'à un examen superficiel on prenne une *inversion* pour un prolapsus utéro-vaginal, et réciproquement. L'erreur ne dure pas longtemps : l'absence du fond de l'utérus derrière la symphyse, l'impossibilité de

trouver l'orifice externe du museau de tanche, la présence des très petits orifices tubaires à la partie la plus saillante de la tumeur sont autant de signes en faveur de l'inversion.

Le diagnostic avec un *polype fibreux* remplissant le vagin est aussi tranché par le toucher vaginal ; on constate la présence d'un pédicule qui s'engage dans la cavité cervicale.

Rappelons, enfin, que l'*uréthrocèle* peut être confondue avec la cystocèle ; mais l'uréthrocèle, affection très rare, forme une poche qui communique directement avec le canal de l'urèthre. Il suffira donc de pratiquer le cathétérisme pour dissiper tous les doutes.

En présence d'un prolapsus utéro-vaginal, il faut toujours recourir au toucher rectal et au cathétérisme pour savoir s'il y a en même temps *entérocèle antérieure* ou *postérieure*.

Traitement. — Il est *préventif*, *palliatif* ou *curatif*.

Traitement préventif. — Il faut empêcher les nouvelles accouchées de commettre des imprudences, de se lever trop tôt, de reprendre leurs occupations ou de remplir leurs obligations mondaines avant l'involution complète de l'utérus.

Ces recommandations s'adressent surtout aux femmes prédisposées, c'est-à-dire à celles chez lesquelles on constate une certaine tendance au relâchement des tissus fibreux (dilatation gastrique, entéroptose, néphroptose, etc.), « relâchement qui est un des stigmates du neuro-arthritisme », dit M. RICHELOT.

Traitement palliatif. — Il consiste dans l'usage des *pessaires* et des *hystérophores ;* ce sont des appareils de contention destinés à maintenir en place les organes après leur réduction.

Souvent le chirurgien conseille le port d'un pessaire en attendant le moment favorable pour intervenir d'une manière plus radicale. D'autres fois, la malade est condamnée à porter son pessaire toute sa vie durant, soit parce qu'elle repousse les moyens sanglants, soit parce que l'intervention chirurgicale est contre-indiquée d'une manière formelle

(âge très avancé, diabète, mauvais état des organes thoraciques, du foie, du rein, etc).

Pour que le pessaire puisse tenir en place et apporter quelque soulagement, il faut : 1° que la solidité du périnée ne soit pas trop compromise ; 2° que la vulve ne soit pas trop béante ; 3° que les parois vaginales ne soient pas relâchées à l'excès, puisque c'est sur elles que l'appareil doit prendre son point d'appui.

Quant au modèle à adopter, le choix dépendra du degré du prolapsus, de la conformation du vagin et de la vulve, etc. En général, on est obligé d'en essayer plusieurs avant de trouver celui qui conviendra.

Les pessaires les plus usités sont ceux de DUMONTPALLIER, de HODGE, celui en traîneau de SCHULTZE. Le pessaire à air de GARIEL rend aussi des services.

Il ne suffit pas de s'opposer à la sortie de l'utérus, il faut encore ne pas oublier de diminuer la pression intra-abdominale et d'empêcher la masse intestinale de peser sur la matrice. On remplira cette indication en recommandant aux malades le port permanent d'une ceinture bien faite, ou, ce qui vaut encore mieux, la simple *bande en crêpon* VELPEAU qu'on enroule, en la serrant bien, autour de l'abdomen.



FIG. 137. — Hystérophore.

Dans les formes graves, lorsque l'utérus a perdu droit de domicile dans le ventre, les pessaires ordinaires ne peuvent absolument rien : la tumeur utéro-vaginale ressort instantanément en chassant l'appareil devant elle. Il faut s'adresser aux *hystérophores* ou *pessaires à tige* (*fig.* 137). Ces appareils se composent d'une cupule ou cuvette dans laquelle repose le museau de tanche et qui est reliée par une tige rigide à une ceinture abdominale ; la réduction est de la sorte parfaitement maintenue. Malheureusement toutes les femmes

ne s'accommodent pas facilement du port de ces appareils compliqués et lourds ; ceux-ci fatiguent promptement les malades, ils peuvent même donner lieu à des lésions ulcéreuses du col. Mais, d'une manière générale et pourvu qu'ils soient entretenus dans un état de propreté parfaite, les hystérophores rendent réellement service.

Le prolapsus complet se complique souvent d'*œdème*, d'*excoriations*, de *petites ulcérations*, quelquefois très douloureuses, qui siègent sur le museau de tanche ou sur les parois vaginales épaissies, dures, infiltrées ; les ***plaques de sphacèle superficiel*** n'y sont pas rares non plus. Toutes ces lésions seront traitées et guéries avant l'application du pessaire ou de l'hystérophore ; on préviendra le retour de ces accidents — qui, souvent, sont le point de départ de complications très sérieuses (*érisypèle, abcès, gangrène circonscrite* avec *perforation de la vessie*) — en recommandant aux femmes d'observer la propreté la plus méticuleuse : lavages deux fois par jour avec des solutions émollientes (guimauve), graissage de toute la masse prolabée avec de la vaseline cocaïnée (vaseline stérilisée, 30 grammes ; chlorhydrate de cocaïne, 0,50 ctgr. à 1 gramme).

On a prétendu que le prolapsus pouvait guérir par le massage méthodiquement appliqué. « Qu'est-ce que cela signifie ? dit M. RICHELOT ; le massage peut décongestionner, faciliter la réduction, soulager les malades, mais guérir le prolapsus ? Dans certaines affirmations de ce genre il y a des malentendus, des jeux de mots involontaires ou inconscients. » Ce n'est pas l'avis du professeur FRITSCH : « Dans les cas récents, dit-il, le massage agit en faisant disparaître l'œdème et l'hypertrophie : ainsi, on a vu des utérus, complètement irréductibles par leur volume, se laisser facilement réduire après avoir été soumis au massage ; de plus, si la femme sait éviter les imprudences et les fatigues, *elle peut guérir d'une manière durable sous l'influence de cette thérapeutique. J'ai moi-même observé* des exemples de ce genre ; le massage agirait en réveillant la tonicité et la contractilité des releveurs de l'anus. *La guérison est donc possible, mais elle n'est pas fréquente.* »

Parmi les auteurs qui ont préconisé le massage, il faut

citer SIELSKI, FELLNER, BRAUN VON FERNWALD, etc. Rappelons aussi que M. STROYNOWSKI a publié 2 cas de guérison par la méthode de BRANDT.

Traitement curatif. — C'est le traitement chirurgical; il comprend : 1° les *opérations plastiques ;* 2° les *procédés de suspension et de fixation ;* 3° l'*ablation totale de l'organe devenu inutile et dangereux.*

Opérations plastiques. — Sous ce titre, il faut entendre les colporraphies et les colpopérinéorraphies, c'est-à-dire la résection d'un lambeau plus ou moins étendu de la muqueuse [1] vaginale, suivie de la réunion des bords des surfaces avivées ; en d'autres termes : on délimite par des incisions un lambeau sur la paroi antérieure ou postérieure du vagin, lambeau de forme variable, mais que nous supposerons ici ovalaire ; partant du tracé de l'incision, on dissèque au bistouri le lambeau ainsi circonscrit et on l'enlève ; il reste une surface avivée, cruentée, limitée à sa périphérie par le reste de la muqueuse vaginale ; en affrontant, sur la ligne médiane, les bords correspondants de la plaie opératoire, on a pour résultat : 1° l'effacement de la surface cruentée, qui disparaît ; 2° le rétrécissement du vagin, dont le calibre diminue proportionnellement à la quantité des tissus réséqués ; 3° la réduction de l'utérus, c'est-à-dire son refoulement en haut, à sa place normale, où il reste maintenu grâce à la rigidité du cylindre vaginal, qui a recouvré sa fermeté et son calibre physiologiques.

Colporraphie antérieure, élytrorraphie antérieure. — Elle a pour but de corriger la cystocèle. On la réalise au moyen d'une foule de procédés ; nous ne parlerons que des plus intéressants.

SIMS taillait un lambeau en fer à cheval. EMMET conseillait un avivement en forme de truelle. Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens préfèrent recourir à l'avivement *elliptique* ou *ovalaire* recommandé pour la première fois par HEGAR. La forme du lambeau n'a pas une importance excessive, l'essentiel c'est d'enlever franchement tout ce qui est de

1. Ou même de la *paroi* vaginale.

trop. Nous insistons sur ce point, car les jeunes chirurgiens ont une grande tendance à ménager les tissus : *on ne sacrifie jamais trop de la paroi vaginale relâchée.*

Voici la technique habituellement employée (Hegar) :

La malade étant installée dans la position de la taille, on étale la paroi vaginale antérieure à l'aide de deux pinces-érignes, placées l'une au-dessous du méat, l'autre un peu au-dessus du museau de tanche ; ces deux pinces sont confiées à un aide qui est chargé de tendre ou de relâcher les tissus suivant les indications du chirurgien. Celui-ci trace au bistouri une incision ovalaire ou elliptique; si la cystocèle est peu marquée, il suffira que cette incision intéresse la muqueuse seule ; mais, pour les très grands prolapsus, *c'est toute l'épaisseur de la paroi vaginale*, ou peu s'en faut, qui doit être comprise dans le tracé de l'incision : c'est à ce prix qu'il est permis de compter sur un résultat satisfaisant et durable. Avec la pointe du bistouri, le chirurgien dissèque de haut en bas, et de la périphérie vers le centre ; il ne faut pas se dissimuler que cette dissection est très difficile, car les deux parois, vésicale et vaginale, sont solidement unies l'une à l'autre par une mince couche de tissu cellulaire assez serré. On choisira donc un bistouri un peu convexe, bien affilé ; pour éviter la vessie, on tiendra le tranchant tourné du côté du lambeau vaginal, et autant que possible, *on taillera aux dépens de ce lambeau.* Avec un peu de patience et en y mettant le temps, on est sûr de réussir sans commettre le moindre accroc. *Exceptionnelle-*

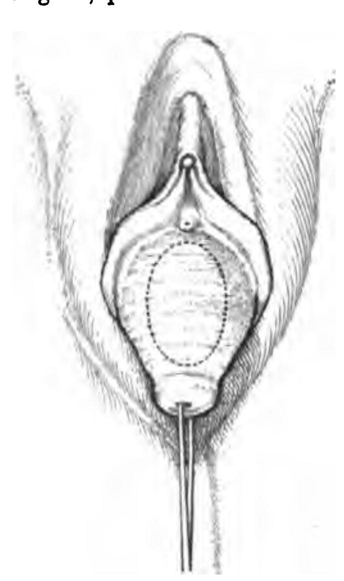


Fig. 138. — Colporraphie antérieure; tracé de l'incision.

ment, les deux parois adhèrent d'une manière très lâche, et elles se laissent dédoubler avec le doigt ou une spatule ou même par simple traction exercée sur le lambeau vaginal. Jusqu'à présent, nous n'avons eu l'occasion d'observer qu'un seul cas de ce genre. Mais, en règle générale, rien de plus imprudent que de tenter cette dissection avec le doigt ou avec un instrument mousse : la déchirure de la vessie est, pour ainsi dire, immanquable.

Pour la suture, on peut se servir de catgut nº 2. Il faut enfoncer l'aiguille à près de 1 centimètre du bord de la plaie, afin de réaliser l'adossement des bords de l'incision. Un seul plan de sutures suffit presque toujours ; toutefois il n'est pas inutile d'assurer un bon affrontement en plaçant quelques points superficiels (*fig.* 138 à 141).

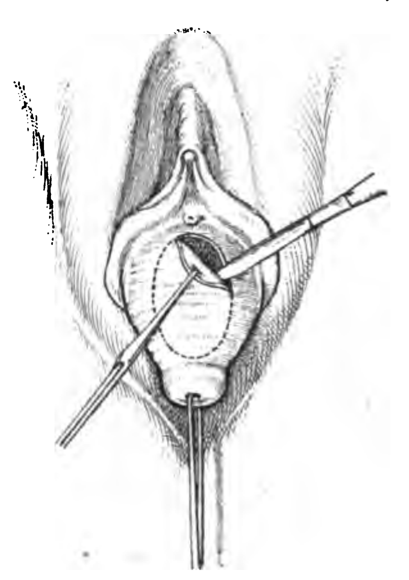


FIG. 139. — Colporraphie antérieure. Dissection du lambeau.

L'opération terminée, on donne une grande injection vaginale pour chasser les caillots, et, dans le vagin, on place quelques lanières de gaze à la stérilisée. Pansement de la vulve avec de la gaze stérilisée et un gros tampon de coton hydrophile, le tout maintenu par un large bandage en T. A la sonde à demeure, nous préférons le cathétérisme toutes les deux, trois ou quatre heures. Enfin, il est bon de constiper l'opérée au moyen de quelques pilules d'extrait thébaïque (à 0,03), dont on administrera deux la veille de l'opération.

A l'occasion de chaque cathétérisme, nettoyage de la

vulve avec un tampon imbibé d'eau bouillie, et changement de la gaze qui recouvre la région.

L'opérée gardera la position horizontale pendant une quinzaine ; on favorisera les garde-robes à partir du huitième jour. *Exeat* au bout de quatre semaines.

Tel est le procédé dit de HEGAR, que les chirurgiens ont plus ou moins modifié suivant leur tempérament.

Procédé de DOLÉRIS. — Au lieu de l'avivement ovalaire, M. DOLÉRIS emploie quelquefois un *avivement triangulaire*. Pour la fermeture, on réunit d'abord les trois angles, au moyen de 3 ou 4 fils de catgut pour chaque angle ; il reste un petit espace central que l'on oblitère par une suture en bourse.

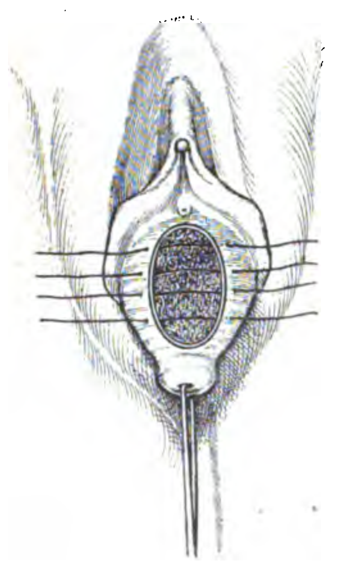


FIG. 140. — Colporraphie antérieure. Placement des fils.

Procédé de STOLZ. — M. STOLZ (de Nancy) passe un fil autour de la plaie ovalaire, à 1 centimètre du bord libre, comme le cordon d'une blague à tabac. Pour fermer, il suffit de tirer sur les deux chefs du fil et de les nouer solidement ensemble (1885).

Procédé de SÄNGER. — M. SCHEIB (de Prague) nous a récemment fait connaître un procédé de colporraphie antérieure, que son maître, le professeur SÄNGER, appliquait depuis 1898.

Incision médiane verticale, commençant à 1 centimètre au-dessous du méat et aboutissant au cul-de-sac vaginal antérieur. Chaque lèvre de l'incision est ensuite disséquée sur une étendue variable, suivant les exigences de chaque cas. Cela fait, on a sous les yeux la paroi vésicale parfaitement avivée.

Le chirurgien refoule alors cette paroi en lui faisant *un pli transversal*, que limitent deux bourrelets saillants ; pour maintenir cette réduction, on fixe ces bourrelets au moyen de quelques *sutures perdues* au catgut.

On procède ensuite à la résection des lambeaux vaginaux droit et gauche. Il ne reste plus qu'à suturer solidement sur la ligne *médiane verticale* les bords résultant de cette résection ; le pli transversal et les deux bourrelets disparaissent aussitôt.

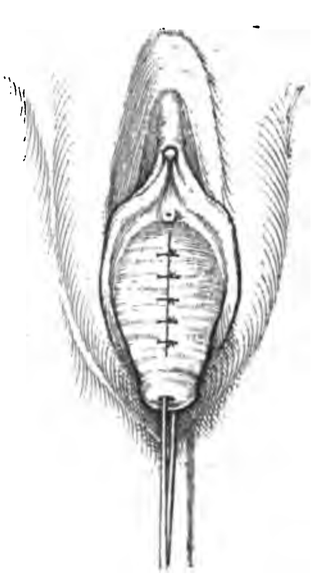


Fig. 141. — Colporraphie antérieure. Sutures terminées.

D'après MM. Sänger et Scheib, ce procédé donnerait des résultats constamment bons.

Colporraphie postérieure et colpo-périnéorraphie. — Toute colporraphie postérieure n'implique pas la nécessité de restaurer le périnée proprement dit; l'opération peut consister simplement dans la réfection de la paroi vaginale postérieure prolabée ou *rectocèle*.

Colporraphie postérieure. — On l'applique au traitement de la rectocèle pure, sans effondrement concomitant du plancher périnéal. Le procédé le plus usité est celui de Hegar.

Procédé de Hegar. — Après avoir étalé la paroi vaginale postérieure à l'aide de pinces-érignes tenues par des aides, on trace, à l'union de la muqueuse vaginale et de la peau, une incision en forme de triangle isocèle dont la base répond au périnée. « Avec un bistouri convexe bien affilé, le chirurgien trace les limites du triangle, en ayant

soin de donner une forme légèrement concave à la base, et l'gèrement convexe en dedans aux côtés. Pour disséquer la muqueuse, on en saisit la pointe avec des pinces à dents de souris et on l'isole jusqu'à ce qu'elle soit assez dégagée pour qu'on puisse remplacer les pinces par les doigts. Pendant tout ce temps, on tire assez fortement sur la muqueuse détachée, ce qui facilite la dissection. Si la cloison recto-vaginale est mince, et qu'on redoute de la blesser, l'opérateur peut introduire dans l'anus l'index protégé par un doigtier en caoutchouc. Le lambeau une fois enlevé, la plaie est régularisée avec le plus grand soin, de manière à enlever lés aspérités et les îlots de muqueuse.» (Pozzi.)

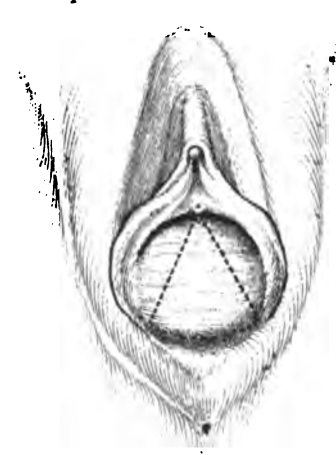


Fig. 142. — Colporraphie postérieure. Tracé du lambeau.

M. Richelot réalise le procédé de Hegar au moyen d'une technique beaucoup plus expéditive. En voici la description littérale : « La commissure postérieure de la vulve, élargie et relâchée, est tendue transversalement par les doigts d'un aide. Le chirurgien trace avec le bistouri une incision courbe à la limite qui sépare la peau de la muqueuse vaginale et la fait remonter plus ou moins haut à droite et à gauche. La lèvre supérieure de cette incision est disséquée sur une étendue de 1 à 2 centimètres, puis le chirurgien laisse le bistouri, saisit le lambeau vaginal avec une pince à forcipressure et se met à dédoubler, avec l'index droit, la cloison recto-vaginale jusqu'au voisinage du col, en fouillant de bas en haut, à droite et à gauche ; le doigt appuie toujours vers la paroi vaginale qu'il soulève, et évite le rectum... Le dédoublement terminé, on taille avec les ciseaux, par deux sections convergentes, un large lambeau, à peu près triangulaire, à base périnéale ; une régularité parfaite n'est pas

de rigueur. Puis on réunit les deux lèvres de la plaie de haut en bas par un surjet ou par des points séparés. Il faut avoir soin de charger avec l'aiguille le tissu cellulaire prérectal, pour ne pas laisser d' « espaces morts » et pour bien ramasser les tissus qui doivent constituer un périnée nouveau » (*fig.* 142 à 144).

Nous avons eu recours à cette manière dans plusieurs cas de rectocèle ou de prolapsus complet ; elle nous a toujours donné les meilleurs résultats ; nous ne saurions donc trop la recommander, tant à cause de sa grande simplicité que pour la rapidité avec laquelle elle permet d'exécuter les colporraphies les plus étendues. Mais il est deux points sur lesquels nous devons attirer l'attention : 1° l'incision initiale doit être faite avec prudence, pour éviter de perforer le rectum ; après avoir dédoublé la peau et la muqueuse sur une étendue de 1 centimètre, on est parfois obligé de poursuivre la dissection au bistouri, car l'adhérence des tissus est intime ; pour être certain de ne pas entrer dans le rectum, il est essentiel de serrer de très près le lambeau vaginal ; c'est à ses dépens que doit se faire le dédoublement. La séparation de la partie adhérente une fois terminée, on laisse le bistouri et on continue le décollement des deux cloisons avec l'index, comme nous l'avons vu plus haut ; 2° en taillant les côtés du triangle avec les ciseaux, il faut veiller à ne pas entamer en même temps la paroi rectale ; avec l'index de la main gauche, on reconnaîtra les parties sur lesquelles devra porter la section.

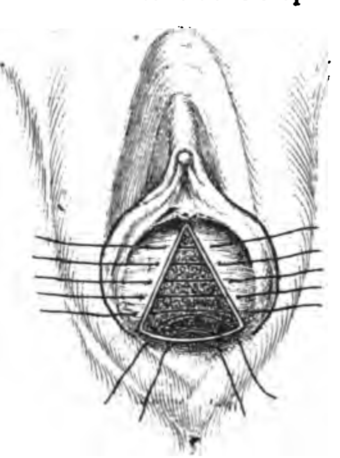


Fig. 143. — Colporraphie postérieure. Placement des fils.

Pour faire les sutures, on se sert généralement de catgut n° 2 ; mais beaucoup de chirurgiens préfèrent les fils d'ar-

gent ou les fils en bronze-aluminium. La soie est très rarement employée, à cause de la facilité avec laquelle elle s'infecte. RICHELOT ne fait qu'un seul plan de sutures ; d'autres recommandent la suture continue à plans superposés. Nous estimons qu'on obtient des réunions plus solides en faisant deux plans à points séparés : un plan de points profonds pour lesquels on doit enfoncer l'aiguille à 1 centimètre des bords libres de la plaie ; un plan superficiel, pour assurer l'affrontement exact de ces bords. Pour les points profonds, il vaut mieux se servir d'un catgut assez fort n° 3 ; pour les points superficiels, le catgut n° 1 est très suffisant.



FIG. 144. — Colporraphie postérieure. Opération terminée.

Procédé de A. MARTIN. — Ce chirurgien tient, avant tout, à conserver la colonne postérieure du vagin. Dans ce but, il taille de chaque côté de cette colonne un lambeau elliptique extrêmement allongé. Les deux plaies qui en résultent sont fermées à l'aide de sutures continues à plans superposés, avec du catgut.

COLPOPÉRINÉORRAPHIE. — Ici, l'intervention s'applique à des rectocèles compliqués d'un certain degré d'affaissement périnéal, ou même d'une véritable déchirure incomplète.

Procédé de HEGAR. — Au grand avivement triangulaire du vagin on ajoute un second avivement triangulaire plus petit que le premier — ou égal au premier — à pointe dirigée du côté de l'anus, mais dont la base, tournée en haut, se confond avec celle du triangle vaginal. Réunion des bords et fermeture de la plaie par une suture en surjet ou par des points séparés, sur un seul ou sur plusieurs étages superposés. Les fils profonds doivent cheminer sous toute la surface d'avivement.

***Procédé de* Martin.** — Aux deux avivements latéraux du vagin dont nous avons déjà parlé, on ajoute un vaste avivement en forme de croissant à concavité dirigée en haut ; cet avivement correspond à l'affaissement périnéal. Occlusion de la plaie à l'aide de sutures à étages superposés.

Colporraphie double. — Nous avons vu que la colporraphie antérieure ne sert qu'à réduire la cystocèle, elle n'a aucune influence sur l'affaissement de la paroi vaginale postérieure ; pour corriger la rectocèle, il est donc indispensable de recourir à la colporraphie postérieure avec ou sans restauration du périnée. Dans les cas de prolapsus utéro-vaginal, pour avoir une guérison sérieuse et durable, il faut donc associer les deux procédés, faire ce qu'on appelle une ***double colporraphie.*** Il convient de faire observer que c'est la colporraphie postérieure qui joue le principal rôle dans la correction de la difformité génitale, car c'est elle qui supprime la partie vraiment exubérante du vagin : elle représente donc l'***opération fondamentale***, comme le dit très justement M. Richelot.

***Myorraphie des releveurs, opération de* Delbet-Duval-Proust.** — Ces auteurs proposent la suture des muscles releveurs de l'anus comme étant le meilleur moyen de s'opposer à la descente de l'utérus et des parois vaginales.

Les premiers temps de l'opération sont ceux que nous avons déjà décrits : incision transversale ou légèrement incurvée à l'union de la muqueuse vaginale et de la peau ; dissection des deux lèvres de la plaie, suivie du dédoublement de la cloison recto-vaginale, d'avant en arrière jusqu'au cul-de-sac de Douglas ; au bout de quelques centimètres on rencontre une bandelette musculaire, la bandelette recto-vaginale, médiane, jetée entre la face postérieure de la paroi vaginale postérieure et la face antérieure du rectum ; on la sectionne aussitôt ; dès que le dédoublement est achevé, on aperçoit de chaque côté du champ opératoire une sorte de bord ou d'arête saillante, obliquement dirigée d'arrière en avant et de dehors en dedans (la femme est couchée) ; ce bord est le faisceau interne du muscle releveur anal ; il s'agit maintenant d'accoler ces deux bords et de les suturer

solidement l'un à l'autre, sur la ligne médiane, par des sutures très soignées ; mais en passant les fils d'un côté à l'autre, on ne manquera pas d'intéresser dans la suture la paroi vaginale, afin de consolider la barrière musculaire qui s'opposera au glissement de la matrice. Cette suture faite, il ne restera plus qu'à fermer la plaie en réunissant les plans superficiels, comme dans le procédé de Doléris que nous connaissons déjà.

Colporraphies associées à la myorraphie des releveurs. — Pour donner plus de solidité à la restauration du plancher pelvien, quelques chirurgiens ont proposé de compléter la colporraphie par la suture des muscles releveurs, suivant la technique que nous venons d'indiquer.

Oblitération du cul-de-sac de Douglas. — *Opération de* Marion. — Laparotomie médiane sous-ombilicale, isolement de la masse intestinale, etc., etc. ; la cavité de Douglas étant bien exposée, on attire, au moyen de pinces à griffes, le fond du cul-de-sac vers le haut, et 4 fils sous-péritonéaux sont passés tout autour du cône formé par le cul-de-sac ainsi retourné en haut ; ces fils, étagés de haut en bas, intéressent, d'une part, la paroi rectale antérieure, et, d'autre part, la paroi antérieure du cul-de-sac de Douglas, c'est-à-dire la paroi vaginale postérieure et la face postérieure du col ; quand ces fils ont été serrés, il en résulte un effacement complet de la cavité de Douglas.

Exclusion de l'utérus. — Imaginée en 1898 par MM. Müller et Wormser (de Berne), cette opération n'est qu'une forme de colporraphie double réalisée en un seul temps ; elle n'est indiquée que contre les grands prolapsus difficilement réductibles. En voici la description sommaire :

L'utérus est tout entier attiré hors de la vulve, en même temps que les parois vaginales sont complètement déroulées ; avec la pointe du bistouri on dessine un vaste losange, au centre duquel fait saillie le museau de tanche. Dissection prudente de ce lambeau losangique, qui est complètement enlevé en même temps que la portion du vagin qui tapisse

le col ; on obtient ainsi une grande plaie de même forme que le lambeau qui vient d'être excisé, plaie qui saigne abondamment ; pincement des principaux vaisseaux artériels et veineux, tamponnement momentané de la surface avivée pour essayer de tarir l'hémorragie en nappe.

Si la malade a dépassé la ménopause et si la muqueuse intra-utérine est exempte d'infection, on refoule le col au fond du vagin et on réunit les bords du losange au-devant de lui, de manière à *exclure complètement la matrice de la cavité vaginale*. L'opération terminée, l'utérus a totalement disparu et le vagin se termine en cul-de-sac.

Chez les femmes qui ont encore leurs règles, chez celles dont l'endométrium n'est pas absolument sain, l'exclusion complète de la matrice étant impossible, MM. Müller et Wormser se contentent, après avoir affronté la plus grande partie des bords du losange, et pratiqué l'amputation haute du col, de suturer le reste des lambeaux vaginaux aux bords du moignon utérin.

Les auteurs de cet ingénieux procédé de colporraphie se déclarent très satisfaits des résultats qu'ils en ont déjà obtenus.

Opérations de suspension. — On a essayé de maintenir la réduction de l'utérus prolabé au moyen d'une des nombreuses opérations de suspension que nous avons déjà décrites en étudiant les rétrodéviations.

Hystéropexie abdominale, ventrofixation. — C'est Olshausen qui est l'auteur de la première hystéropexie appliquée au traitement du prolapsus utéro-vaginal, et son exemple fut imité en France par M. Terrier.

Nous n'avons rien à dire du manuel opératoire, qui a déjà fait l'objet d'une description détaillée à propos des déviations utérines.

Quant aux résultats, ils sont détestables : tout le monde en convient. Employée à titre d'opération isolée, la ventrofixation a, en effet, constamment échoué, car l'utérus, sollicité par le poids du cylindre vaginal déplacé, finit toujours par tomber, entraînant avec lui le péritoine pariétal et la

longue bride fibreuse qui aurait dû le maintenir fixé à la paroi abdominale. D'ailleurs, tous les chirurgiens, ou peu s'en faut, sont unanimes à proclamer l'absolue inefficacité de la gastro-hystéropexie.

Associé à la colporraphie, cette opération procure, au contraire, des guérisons durables, bien que, même dans ces bonnes conditions, la récidive ne soit pas très rare. C'est qu'il ne faut pas demander à la ventrofixation plus qu'elle ne peut donner, ni oublier qu'elle ne constitue, dans le traitement chirurgical du prolapsus, que l'acte complémentaire de l'intervention. Les insuccès s'expliquent sans difficulté : si l'on n'a pas sacrifié assez d'étoffe vaginale, « la récidive se produira, quelle que soit la solidité de la fixation pariétale, car *c'est la colpectomie qui représente l'acte fondamental de l'opération* (Richelot) ».

Donc, en dépit des rechutes qu'on relève de temps en temps, la plupart des statistiques montrent que la colporraphie combinée à l'hystéropexie est une méthode qui donne assez souvent des guérisons définitives. Voici quelques chiffres intéressants :

Christiani a signalé, en 1900, dans le service de Küstner (de Breslau), 134 opérations de ce genre avec 2 morts — c'est énorme ! — 69 guérisons complètes ; sur 105 opérées revues, 9 grossesses ayant évolué à terme et 1 accouchement prématuré. A la clinique Greifswald, Meinert rapportait en 1897 : 40 observations ; sur 23 opérées revues il y avait 12 guérisons complètes, 8 récidives, dont 4 survenues sans cause appréciable ; des 4 autres : 2 après un accouchement, 2 à la suite d'efforts exagérés.

Ajoutons que MM. Winter et Baatz ont recouru à la ventrofixation associée à la colporraphie dans 5 cas de prolapsus et ont obtenu 5 succès.

Rappelons, enfin, la statistique toute récente (1914) de De Vreese (d'Anvers) comprenant 19 cas de prolapsus complet traité par la colporraphie combinée à l'hystéropexie. Résultats excellents : pas une seule récidive.

Exohystéropexie. — Cette opération consiste à suspendre la matrice prolabée après l'avoir exclue du ventre ; c'est une

hystéropexie combinée à une exclusion de l'organe hors de la cavité péritonéale.

Voici, en quelques mots, la technique de cette méthode, qui ne nous paraît pas appelée à rallier beaucoup de partisans.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; la séreuse ouverte, on saisit le fond de l'organe avec une pince de MUSEUX et on l'attire entre les bords de l'incision pariétale ; résection des trompes et des ovaires. L'utérus étant maintenu attiré fortement hors de l'abdomen, le fond tourné en bas et la face postérieure bien exposée — manœuvre qui est confiée à un aide, — on affronte les deux bords du péritoine pariétal et on les suture de haut en bas par un surjet de catgut ; les derniers points du surjet doivent intéresser la face postérieure de l'isthme ; la suture terminée, la matrice se trouve nécessairement exclue de la cavité abdominale, car on vient de fermer le péritoine derrière elle. Le premier temps, l'exclusion, est donc réalisé.

Il ne reste plus qu'à procéder à la suspension et à la fixation de l'organe ; c'est ce qu'on obtient facilement en suturant celui-ci à la face profonde des muscles droits au moyen de quelques points de catgut ; le nombre de ces points varie suivant le volume et le poids de l'organe.

Le dernier temps de l'opération a pour but la fermeture de la plaie pariétale : suture soignée des droits l'un à l'autre, des aponévroses des grands obliques, de la peau.

Le pronostic immédiat serait d'une bénignité absolue ; quant aux résultats éloignés, les chirurgiens qui recommandent ce procédé déclarent qu'ils sont tout à fait remarquables ; telle est, du moins, l'opinion de M. LAUWERS, dont la pratique se base sur une trentaine de succès personnels. Enfin, dans un article récemment publié (août 1913), le professeur DELASSUS (de Lille) trouve que l'*hystéropexie extra-péritonéale* — ou *suspension en hamac*, comme il se plaît à la dénommer — « est une opération rationnelle, facile et rapide à exécuter, sans danger, et efficace dans les prolapsus graves » ; mais, plus loin, il ajoute : « elle ne dispense pas des opérations vagino-périnéales plastiques complémentaires qui, à elles seules, sont parfois insuffisantes ».

Il est à peine besoin d'ajouter que l'exohystéropexie n'est justifiée qu'après la ménopause ; pourtant, quelques auteurs affirment qu'on a vu des grossesses évoluer sans encombre malgré la suspension en hamac !

Inclusion vésico-vaginale de l'utérus prolabé : opération de FREUND-FRITSCH-WERTHEIM. — Incision médiane antéro-postérieure de la paroi vaginale antérieure ; dissection des deux lambeaux qui en résultent, et qu'on sépare ainsi de la vessie ; ouverture du cul-de-sac vésico-utérin ; l'utérus est alors attiré en avant et on fait basculer son fond, en bas, dans le champ opératoire ; cela fait, on suture le péritoine à la face postérieure de la matrice,et la partie antérieure du col à la tranche vaginale correspondante ; les deux lambeaux vaginaux, disséqués au début de l'intervention,sont alors rabattus sur l'utérus qui se trouve emprisonné entre la vessie et la paroi vaginale antérieure. Si la femme est encore jeune, on sacrifie ses annexes pour la rendre stérile.

On ne comprend guère l'utilité d'une pareille opération, si ce n'est chez les femmes âgées qui repoussent toute intervention radicale.

*Opération d'*ALEXANDER. — Ce que nous venons de dire de la gastro-hystéropexie s'applique parfaitement au raccourcissement des ligaments ronds. Pratiquée seule, cette opération ne donne que des déboires ; associée aux colporraphies, avec ou sans amputation du col, elle a procuré des guérisons réelles et durables. Ainsi, d'après M. SCHMIT (de Vienne), l'Alexander combiné aux procédés plastiques a fourni à son maître M. SCHAUTA 75 0/0 de succès. M. STADLER (du service de GELPKE, à Zurich) rapporte également 29 observations, toutes favorables. Il est vrai que MM. WINTER et BAATZ (de Kenigsberg) ont été un peu moins heureux : ayant appliqué cette méthode combinée au traitement de 28 cas de prolapsus compliqué de rétroflexion, ils n'ont enregistré que 22 bons résultats ; dans les 6 autres cas, la récidive ne fut pas longue à se manifester. (Pour le manuel opératoire, voir *Rétrodéviations*.)

Vaginofixation. — Baumm, Pfannenstiel, Küstner, etc... n'ont pas eu à se louer de leurs tentatives. En France, cette opération n'a jamais été pratiquée pour traiter le prolapsus.

Cependant Dührssen affirme qu'il a obtenu des succès, et il n'est pas le seul. Nous lisons, dans un mémoire publié par Baatz en 1901, que la vaginofixation combinée aux colporraphies a très bien réussi entre les mains de MM. Andersch, Hohl, Martin, etc. Le premier annonce 95 0/0 de guérisons ; le second, 77 0/0 ; le dernier, 80 0/0. Quant à MM. Winter et Baatz, leurs résultats ne sont pas moins encourageants : sur 38 opérées revues après trois ans, ils ont constaté 29 succès et 9 récidives, dont 5 graves et 4 légères, ce qui indique 76 0/0 de guérisons durables.

La technique de la vaginofixation a été exposée dans l'article consacré aux rétrodéviations ; nous n'y revenons plus (Voyez *Rétrodéviations*).

M. Madlener a appliqué la vésicofixation à la cure du prolapsus chez 10 femmes (1 cas de prolapsus complet et 9 cas de prolapsus incomplet) ; il en a obtenu 9 guérisons. La dixième opérée, qui avait un prolapsus total, récidiva. Cet auteur recommande la fixation basse (à 2 centimètres de l'isthme) de l'utérus au péritoine vésical.

Voilà des résultats qui donnent à réfléchir. Mais le tout est de s'entendre. Il est évident qu'il y a prolapsus et prolapsus ; le moindre abaissement de l'utérus a droit à cette dénomination aussi bien que la matrice en battant de cloche hors de la vulve. Il s'agit de savoir quel était exactement le degré de procidence des utérus que M. Madlener dit atteints de prolapsus incomplet et qui se sont si bien trouvés de la vésicofixation.

Raccourcissement des ligaments ronds par le vagin. — En 1896, MM. Wertheim et Mandl ont publié l'observation d'une femme atteinte de prolapsus et traitée par ce procédé. Le résultat aurait été satisfaisant. Il convient d'ajouter qu'on fit, en même temps, le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie basse.

En 1901, M. Bucura, assistant de Wertheim, fit paraître un intéressant article sur ce procédé opératoire appliqué

aux rétrodéviations ; mais, chez 10 de ces malades, ils y avait en même temps un certain degré de prolapsus, ce qui décida WERTHEIM à associer la colporraphie au raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale.

Fixation vaginale des ligaments ronds. — M. H. SCHMIT (du service de SCHAUTA, à Vienne) déclare qu'on a obtenu 66 0/0 de succès avec cette nouvelle opération. Le nombre des opérées était de 7.

AUTRES PROCÉDÉS. — Pour maintenir la réduction de l'utérus prolabé, les chirurgiens ont encore eu recours à d'autres interventions qui ne méritent qu'une simple mention : c'est ainsi que BYFORD imagina, en 1890, de pénétrer dans le ventre par la région inguinale pour aller chercher l'extrémité supérieure du vagin et la fixer à la paroi abdominale (*colpopexie*).

D'une autre part, on voit GUBAROFF essayer de corriger la procidence utéro-vaginale au moyen d'un gros fil cheminant dans l'épaisseur de la paroi postérieure du vagin et dans le muscle releveur de l'anus (*colpopexie*).

Rappelons aussi que MM. TUFFIER et DUMONT ont tenté de guérir la cystocèle isolée en fixant la vessie à la paroi abdominale (*cystopexie*).

D'autres chirurgiens ont cru qu'il était pratique de guérir le prolapsus en faisant le ***raccourcissement des ligaments larges***, soit en passant par la voie haute (IMLACH), soit en procédant par le vagin (KOCKS).

Il nous reste encore à citer : 1° le procédé de SCHÜKING, que nous avons déjà décrit plus haut ; 2° l'***hystérocataphraxis*** de CATTARINA, qui consiste à soulever la matrice à l'aide de deux fils qui l'embrassent d'arrière en avant, en passant à travers les ligaments larges, le long des bords de l'organe ; les extrémités de ces fils sont nouées sur la ligne médiane, comme dans l'hysteropexie abdominale ; 3° enfin, le très bizarre procédé communiqué par WERTHEIM en 1899 ; en voici la technique résumée : cœliotomie vaginale antérieure ; recherche du fond de l'utérus, qui est attiré dans le vagin ; avivement de la face postérieure de

l'utérus et de la paroi antérieure du vagin ; suture des surfaces avivées. La matrice étant ainsi fortement infléchie en avant et tendant sans cesse à reprendre sa position normale, il en résulte que la cystocèle est contenue comme par une pelote herniaire munie d'un ressort perpétuellement tendu, qui est l'utérus.

Nous devons dire quelques mots des modifications apportées à ce curieux procédé par FREUND, par FRITSCH, par SCHAUTA et par KLEIN.

a. *Technique de* FREUND. — Avivement ovalaire de la paroi vaginale antérieure, puis de la paroi vaginale postérieure ; ouverture du Douglas, à travers laquelle on attire le fond de l'utérus dans le vagin ; fermeture du Douglas ; fixation de l'utérus aux deux surfaces avivées ; il en résulte que le fond de la matrice est directement tourné du côté de la vulve ; on achève l'opération en créant un orifice au centre du fond utérin, orifice qui joue le rôle d'un museau de tanche artificiel.

b. *Technique de* SCHAUTA. — On pratique une incision antéro-postérieure le long de la paroi vaginale antérieure ; après avoir disséqué les lambeaux qui en résultent, on attire l'utérus dans le vagin, à travers une incision du cul-de-sac antérieur ; l'utérus est ensuite interposé entre la vessie et les lambeaux vaginaux réunis, par des sutures, l'un à l'autre.

c. *Technique de* FRITSCH. — Colpotomie antérieure ; avivement ovalaire de la paroi antérieure du vagin ; taille, aux dépens de la paroi postérieure du vagin, de deux lambeaux longitudinaux ; cela fait, l'utérus est attiré dans le vagin, puis suturé à l'avivement ovalaire, et, enfin, recouvert par les deux lambeaux vaginaux postérieurs.

d. *Technique de* KLEIN. — Colpotomie postérieure ; l'utérus est ensuite attiré dans le vagin et fixé à la paroi antérieure de ce conduit, préalablement avivée.

Ces variantes ont été appliquées à la cure de 54 cas de prolapsus vrai, avec 1 mort, 2 récidives et 51 succès.

Ablation de l'utérus prolabé. — Il y a, nous l'avons déjà dit, des formes graves de prolapsus caractérisées par ce fait, que les organes herniés ne sont même plus complète-

ment réductibles. Sous l'influence des contacts répétés, des frottements extérieurs, la muqueuse s'épaissit, s'infiltre, se couvre d'excoriations et d'ulcérations qui sont autant de portes d'entrée pour les microorganismes. Les soins les plus assidus ne suffisent pas toujours à préserver les malades de ces fâcheuses complications. Si nous ajoutons que ces femmes sont de véritables infirmes, condamnées au repos et à l'immobilité sous peine de souffrances très sérieuses, on admettra sans peine la légitimité, le bien-fondé d'opérations aussi radicales et aussi graves que l'hystérectomie.

Hystérectomie abdominale. — C'est Müller (de Berne) qui paraît avoir exécuté, en 1881, la première ablation susvaginale avec pédicule pariétal pour guérir un prolapsus invétéré, qui, d'ailleurs, récidiva au bout de très peu de temps.

En 1896, Jacobs (de Bruxelles) publia 2 observations d'hystérectomie haute pour prolapsus utéro-vaginal. Dans le premier cas, il fixa le pédicule cervical aux moignons des ligaments larges : il fit donc une *trachélopexie ;* dans le second, ce fut le vagin qu'il accrocha aux moignons ligamentaires : c'était une *colpopexie.*

Ces opérations ont rencontré peu de faveur.

Hystérectomie vaginale. — On n'en saurait dire autant de la colpo-hystérectomie. La première tentative de ce genre semble avoir été faite par Choppin, en 1867. Mais c'est en Allemagne que cette opération a été préconisée de parti pris, pour le traitement des prolapsus rebelles, par Münchmeyer, Müller, R. Asch et surtout par le professeur Fritsch (de Bonn). En France, il faut citer parmi les premières tentatives, celles de Pozzi, Terrier, Quénu, etc.

Limitée à l'extirpation de la matrice seule, cette opération est toujours insuffisante; elle n'empêche pas le vagin de descendre et de se dérouler hors de la vulve. Pour mettre les opérées à l'abri de la récidive, il faut, comme l'a très bien établi Fritsch, pratiquer, en même temps, une assez large résection des parois vaginales.

Voici la technique adoptée par le chirurgien de Bonn.

Après avoir attiré la masse vagino-utérine hors de la vulve et bien exposé sa partie antérieure, on y trace une incision triangulaire dont le sommet, très aigu, répond au tubercule uréthral. La paroi vaginale ainsi circonscrite est disséquée avec soin et détachée de la vessie jusqu'au niveau du col ; après quoi le réservoir urinaire est, à son tour, décollé de la région cervicale et refoulé en haut. Cela fait, le chirurgien ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ; il procède ensuite à la réunion des bords qui limitent la surface cruentée au moyen d'une suture perdue en bourse ; il achève ce pre-

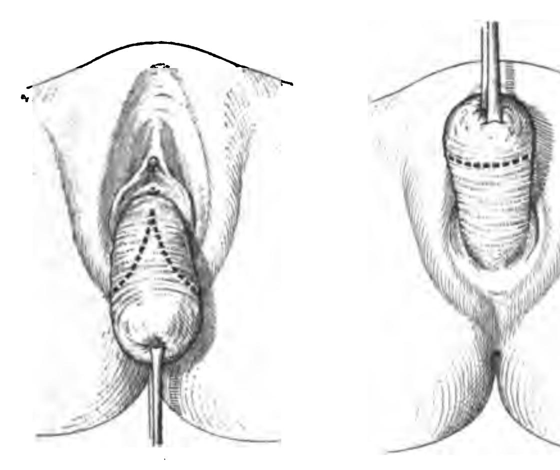


FIG. 145. — Hystérectomie vaginale. Tracé de l'incision.

mier temps de l'opération en suturant le péritoine vésical à la tranche vaginale antérieure, ce qui a pour résultat immédiat de faire disparaître la cystocèle complètement (*fig.* 148).

L'utérus étant ainsi libéré en avant, on prolonge, de chaque côté, l'incision antérieure sur la face postérieure de l'organe, mais en lui donnant une direction transversale, de sorte que les deux côtés du triangle finissent par se confondre en arrière, sur la ligne médiane. Cette incision transversale postérieure répond à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la paroi vaginale postérieure ; mais ce niveau peut varier avec les exigences des différents cas.

Le chirurgien pénètre alors dans la cavité de DOUGLAS et réunit immédiatement le feuillet péritonéal à la tranche postérieure du vagin. Pour empêcher la sortie de l'intestin, il est prudent d'obturer l'ouverture péritonéale avec un tampon muni d'un fil.

Ce temps achevé, l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges, qui sont liés avec soin, puis sectionnés en dedans des ligatures. On termine l'opération en fixant le reste de la tranche vaginale, de chaque côté, aux moignons des ligaments larges. Enfin, une bonne suture en bourse achève l'occlusion du pelvis [1].

M. RICHELOT fait cette opération en deux temps : il enlève d'abord l'utérus par son procédé ordinaire, mais en substituant des ligatures aux pinces à demeure, et termine la séance par une double colporraphie, aussi large que possible.

M. POZZI circonscrit la tumeur par un grand lambeau triangulaire antérieur, dont le sommet répond au voisinage du méat ; la base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés ; puis, un petit lambeau triangulaire est tracé sur la paroi postérieure : ces deux triangles inégaux se confondent par leurs bases et forment, par leur ensemble, un losange allongé d'avant en arrière. Le reste de l'opération ne diffère de la technique de FRITSCH que par quelques détails.

Quels sont les résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale appliquée à la cure radicale du prolapsus invétéré ?

Les avis diffèrent sur la gravité du pronostic opératoire. Pour M. RICHELOT, l'hystérectomie vaginale appliquée au prolapsus serait la plus simple et la plus bénigne des hystérectomies. M. POZZI pense qu'il faut tenir compte de l'état général des malades et des lésions qui peuvent exister dans d'autres organes (sclérose rénale, bronchite chronique, cardiopathies, etc.) : « On a eu souvent à enregistrer des morts pour avoir méconnu ces contre-indications. » Les statis-

1. Cette description est la traduction presque littérale du texte allemand (FRITSCH, *Frauenkrankheiten*, 9e édition).

tiques publiées en France et à l'étranger ne sont pas toujours d'accord. M. Fuchs rapporte 13 cas sans une seule mort ; Codavilla, 9 cas sans décès ; Schlatter, 8 succès sur 9 opérations. En revanche, Doederlein parle de 3 morts sur 63 cas ; Engstroem, de 2 morts sur 15 cas ; et, dans sa thèse soutenue à Paris, Zolonitzki trouve 9 morts sur 130 hystérectomies faites par différents chirurgiens ; d'une autre part, Schlatter, qui a réuni 178 cas épars dans la littérature médicale, signale 13 décès imputables à l'acte opératoire. Pour Fehling, la mortalité immédiate serait de 10 0/0, pour Rauhart de 8 0/0 seulement.

Quant aux résultats éloignés : Froriep mentionne 4 résultats médiocres sur 6 opérations; Fuchs, 1 récidive sur 13 cas ; Bumm a noté la guérison définitive dans 93 0/0 de ses observations personnelles. Zolonitzky parle de 23 récidives sur 62 opérées revues et examinées à nouveau. Schlatter signale 5 insuccès sur 132 femmes revues. Mangiagalli rapporte 27 succès sur 27 cas ; Engstroem, 4 récidives sur 13 cas. Pour Rauhart, la récidive surviendrait dans 8 0/0 des cas, et pour Fehling, dans 7 0/0 des cas seulement.

Amputations du col. — Pratiquée à titre d'opération isolée, l'amputation du col est absolument inefficace ; il faut toujours l'associer à la colporraphie.

Si la femme est très jeune, c'est l'amputation sous-vaginale biconique, par le *procédé de* Markwald, qui est indiquée.

Chez les femmes avancées en âge ou même chez les multipares qui ont eu plusieurs enfants, l'*amputation haute, supravaginale*, doit être préférée, surtout s'il existe des lésions ulcéreuses graves du museau de tanche.

Ce procédé pourrait remplacer avantageusement l'hystérectomie vaginale ; nous disons avantageusement, car il est infiniment plus bénin que l'extirpation totale, puisqu'on ne touche jamais au péritoine.

Pour ce qui est de la technique, on peut choisir entre le procédé employé par Schrœder contre le cancer cervical et celui que Bouilly a adopté pour l'associer aux larges colporraphies.

Procédés divers. — Nous ne ferons que mentionner les méthodes suivantes, qui n'offrent qu'un intérêt historique ou qui méritent d'être citées à titre de simple curiosité :

Le ***cloisonnement du vagin***, imaginé par LE FORT en 1877, a rendu autrefois quelques services. Tous les traités de gynécologie continuent, par habitude, à en donner une assez longue description avec les deux figures restées classiques. Nous ne craignons pas de déroger à cette pieuse coutume, ce qui, nous en sommes persuadé, ne chagrinera personne.

L'***épisiorraphie*** ou ***rétrécissement*** de la vulve au moyen de sutures, la ***fermeture complète*** de l'orifice vulvaire, l'***infibulation*** par un anneau métallique, autant de procédés barbares, qui n'ont jamais eu de succès ! Même remarque au sujet des ***cautérisations*** des parois vaginales et de la ***ligature***. Rappelons aussi que FREUND a tenté de rétrécir le vagin au moyen de sutures faites dans l'épaisseur des parois de ce conduit. Ces sutures étaient abandonnées à elles-mêmes pendant plusieurs mois, dans l'espoir qu'elles amèneraient une inflammation chronique suivie de ***rétractions cicatricielles***.

Deux méthodes, tout à fait récentes, méritent une mention un peu plus longue à cause de leur singularité.

La première, imaginée par M. INGLIS PARSONS en 1899, consiste à injecter, en pleine base des ligaments larges, une ***solution concentrée de quinine***, dans le but de provoquer autour de la matrice une sorte de gangue scléreuse, capable d'immobiliser définitivement l'organe.

L'autre méthode, qui a pour auteur M. PANKOW (de Leipzig), est celle des ***injections de paraffine liquéfiée*** pratiquées dans l'épaisseur des parois vaginales. En se solidifiant, la paraffine empêcherait le glissement et le déroulement du cylindre vaginal : c'est, du moins, ce que prétendent MM. PANKOW, DOUGLAS, STONE, etc., qui ont eu la curiosité d'expérimenter ce singulier traitement du prolapsus (1902).

MM. INGLIS PARSONS et THOMAS affirment avoir obtenu d'aussi bons résultats avec leurs injections de quinine.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que ces procédés thérapeutiques n'ont pas tenté beaucoup de chirurgiens.

Conclusions. — Nous avons déjà dit que l'intervention chirurgicale était le seul moyen dont nous disposions pour obtenir la guérison radicale du prolapsus, et nous venons de passer en revue un grand nombre de méthodes et de procédés de valeur fort inégale. Quel est celui qui mérite notre préférence?

Avec notre maître, M. Richelot, nous estimons que toute intervention appliquée à la cure de cette affection doit comprendre deux actes bien distincts : un *acte fondamental* et un *acte complémentaire.*

« Pour empêcher le déroulement des parois vaginales, il faut, dit ce chirurgien, rétrécir le conduit et relever la commissure de la vulve, en d'autres termes enlever l'étoffe exubérante et refaire le plancher périnéal. Toute méthode qui n'est pas fondée sur le rétrécissement vaginal, tout procédé qui laisse du tissu en excès et le périnée démoli, donnent des résultats précaires. »

C'est donc la colporraphie qui représente l'acte fondamental de l'intervention dirigée contre la chute de la matrice, puisque c'est elle qui rétrécit le vagin et qui restaure le périnée effondré; c'est donc à elle qu'il faut recourir dans tous les cas, et c'est par elle qu'il faut commencer. S'agit-il d'une simple cystocèle? La colporraphie antérieure est tout indiquée ; bien faite, elle échoue rarement. On doit en dire autant de la colporraphie postérieure pratiquée contre la rectocèle ; y a-t-il, en même temps, un certain degré d'affaissement périnéal — ce qui existe très souvent, — à la résection de la paroi vaginale postérieure on ajoutera la réfection du périnée, on fera une colpo-périnéorraphie.

La double colporraphie, si elle est convenablement exécutée — c'est-à-dire si l'on n'a pas trop ménagé l'étoffe vaginale — réussit presque toujours contre le prolapsus utéro-vaginal complet. Cependant, pour augmenter les chances de succès, pour consolider le maintien de la réduction de l'utérus, il peut être avantageux d'associer à la résection des parois vaginales l'amputation haute du col — qui a pour résultat de diminuer le poids de l'organe — et une opération de suspension telle que l'Alexander ou l'hystéropexie abdominale : voilà les *actes complémentaires* dont parle M. Richelot. Employés seuls, ces procédés de sus-

pension ne valent rien, et la récidive est fatale ; mais, à titre auxiliaire, ils peuvent rendre les plus grands services et l'on aurait bien tort de les dédaigner.

L'expérience a démontré qu'il en est de même de l'hystérectomie vaginale. Dans les formes graves de la maladie, lorsque la matrice, infiltrée, ulcérée, devenue un organe douloureux et inutile, a perdu droit de domicile dans le ventre, sa suppression devient une nécessité impérieuse. Cependant on ferait complètement fausse route si l'on bornait son intervention à l'extirpation pure et simple ; pour obtenir une guérison sérieuse et durable, il faut, en plus, réséquer la partie exubérante du vagin, faire une colpo-périnéorraphie.

Quant au choix qu'il convient de faire parmi les nombreux procédés de colporraphie, la question a une importance secondaire ; au point de vue du résultat définitif, toutes les techniques se valent, ou à peu près. Cependant, nous ne cacherons pas notre préférence pour les procédés recommandés par HEGAR, à cause de leur élégante simplicité[1].

Pour ce qui est des opérations de suspension, nous croyons qu'il est permis d'hésiter entre la ventrofixation, l'opération d'ALEXANDER et la ligamentopexie de BECK modifiée par M. DOLÉRIS et M. RICHELOT. Avec la majorité des chirurgiens français, nous considérons les vaginofixations et vésicofixations comme des expédients très peu recommandables [2].

La myorraphie des releveurs est naturellement très recommandée par MM. DELBET, DUVAL et PROUST, et il n'est pas niable qu'il s'agit là d'un procédé ingénieux et élégant. Quelle est sa valeur réelle? Vaut-elle mieux qu'une colporraphie bien exécutée? J.-L. FAURE fait observer avec beaucoup de justesse que, dans les colpo-périnéorraphies bien faites, les releveurs sont chargés avec les autres tissus et sont rapprochés l'un de l'autre ; « l'opération est moins régulière, moins anatomique, mais le résultat est le même... ;

1. L'opération de MÜLLER-WORMSER mérite aussi d'être préconisée (Voyez p. 341).

2. Il s'agit, bien entendu, de la vaginofixation *appliquée à la cure du prolapsus.*

peut-être même est-il meilleur, car rien n'est moins démontré que la solidité des sutures placées sur les bords dénudés des releveurs... les fibres musculaires sont trop friables, et mieux vaut qu'elles soient doublées d'une couche épaisse de tissus voisins ».

On ne saurait mieux dire ; mais il est possible de concilier ces deux manières de voir et d'associer les avantages de ces deux méthodes ; il suffit pour cela : 1° de faire un dédoublement très soigné, en isolant bien le faisceau interne des releveurs ; 2° de réséquer largement l'excès de paroi vaginale prolabée ; 3° de charger profondément les tissus, en s'assurant que les fibres des releveurs ont été intéressées.

Mais il est de toute évidence que, dans les prolapsus très accusés, caractérisés par le relâchement excessif d'un manchon vaginal volumineux et flasque, la myorraphie pure et simple, sans résection vaginale, est impuissante à empêcher le déroulement du vagin et l'abaissement de la matrice jusqu'au dehors de la vulve.

Quant à l'opération de MARION, « elle semble, dit J.-L. FAURE, par sa gravité relative, hors de proportion avec les lésions qu'elle est appelée à guérir ». Critique tout à fait juste et à laquelle nous souscrivons sans réserve. En effet, il suffit d'avoir tant soit peu l'expérience de la chose pour reconnaître que l'oblitération du Douglas ne peut arrêter que la *tendance au prolapsus*, qu'elle est totalement inefficace contre le prolapsus utéro-vaginal définitivement constitué ; dans ces conditions, il est manifestement plus que téméraire d'exposer les malades aux risques d'une laparotomie pour triompher d'une lésion justiciable de procédés tout à fait bénins. En définitive, l'opération de MARION n'est indiquée qu'à titre exceptionnel, dans les cas de prolapsus léger compliqué de lésions annexielles qu'on ne peut aborder qu'en recourant à la voie haute. En dehors de cette éventualité, l'oblitération du DOUGLAS ne peut avoir qu'un intérêt de curiosité opératoire : c'est un procédé ingénieux, voilà tout.

Résultats de la myorraphie des releveurs. — Cette opération n'est pas souvent mentionnée dans les statistiques.

Citons, toutefois, celle de Heidenhain (de Worms), qui comprend 38 cas. 28 de ces opérées ont été revues et examinées par l'auteur, qui signale 5 accouchements spontanés, 1 forceps, 1 version. A la suite de ces accouchements, 3 opérées ont vu leur prolapsus se reproduire, une autre a succombé à des accidents septicémiques après la délivrance ; les quatre dernières sont restées guéries après leur accouchement.

Bibliographie. — Violet et Bonnet. Cystocèle vaginale (*Lyon chirurgical*, 1910). — Baatz (*Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1904). — Ardilouze (*Thèse de Paris*, 1903). — Gersuny (*Wien. kl. Woch*, 1903). — *Congrès de Wurtzburg*, 1903 (*Cent. f. Gyn.*, 1903).

INVERSION

Étiologie et pathogénie. — C'est le renversement de l'organe sur lui-même, son retournement en doigt de gant.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'*inversion aiguë*, survenant au moment de l'accouchement et pouvant même amener la mort par hémorragie incoercible. Les seules formes d'inversion qui nous intéressent sont : 1° l'*inversion récente*, celle qui se manifeste quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement, avant l'involution complète de la matrice ; 2° l'*inversion chronique*.

Quelle est la cause de cet accident et comment se produit-il? « Il faut qu'une partie du corps utérin, devenu inerte, soit saisie par les contractions de la portion du muscle utérin située au-dessous d'elle. Ces conditions se trouvent remplies dans deux circonstances différentes : après l'accouchement, ou par suite de la présence d'une tumeur, d'un corps fibreux du fond, pointant vers la cavité de la matrice (Pozzi). » En d'autres termes, la partie supérieure de l'organe, frappée d'inertie, est « déglutie » par la partie inférieure, qui est le siège de contractions plus ou moins énergiques ; sous l'influence de ces contractions, le fond de l'organe se déprime, s'invagine de plus en plus dans sa cavité et, finalement, traverse le col pour venir faire saillie dans le canal vaginal et même à la vulve.

Quant aux *causes déterminantes* on a fait intervenir la

brièveté du cordon ombilical, les tractions excessives exercées sur le placenta pour amener la délivrance, les adhérences anormales du placenta ou son insertion trop près du fond, l'accouchement effectué dans la station debout, etc. A toutes ces causes, il faut ajouter la présence d'une tumeur fibreuse ou autre implantée dans le fond de la cavité utérine, et qui agit par son poids.

Anatomie pathologique. — Il est d'usage de distinguer une *inversion complète* et une *inversion incomplète.* En réalité, l'inversion complète, sans qu'il y ait même persistance d'un bourrelet cervical, est extraordinairement rare ; on affirme même qu'elle n'a jamais été observée d'une manière authentique. Ici, nous n'aurons donc à tenir compte que de l'inversion incomplète, qui peut être plus ou moins prononcée suivant les cas.

Vu du côté du vagin, l'utérus invaginé forme une tumeur arrondie piriforme, sertie, en haut, par l'anneau cervical ; elle présente une surface molle, tomenteuse, humide, sur laquelle un examen très attentif permet de découvrir deux toutes petites ouvertures, qui sont les orifices utérins des trompes (*fig.* 146).



Fig. 146. — Inversion.

Le volume de la tumeur est variable et dépend du degré de l'inversion : si celle-ci est très peu prononcée, le bourrelet cervical offre une épaisseur assez considérable, tandis que la saillie qu'il circonscrit descend de quelques centimètres seulement dans le vagin ; dans le cas contraire, c'est l'inverse que l'on observe ; en somme, l'effacement du col est en rai on directe de la gravité du retournement utérin. Dans la forme chronique, la tumeur a l'aspect et la consistance d'un polype fibreux ordinaire, dont le pédicule est simulé par la

partie du corps utérin qu'étreint l'anneau cervical. La muqueuse se modifie, s'épaissit et rappelle par son aspect celle du vagin avec laquelle elle est en contact.

Du côté de l'abdomen, on aperçoit une cavité ou plutôt un entonnoir plus ou moins profond, dans lequel sont entraînés les trompes et les ovaires avec les ailerons des ligaments larges ; il n'est pas rare d'y trouver aussi des anses intesti-

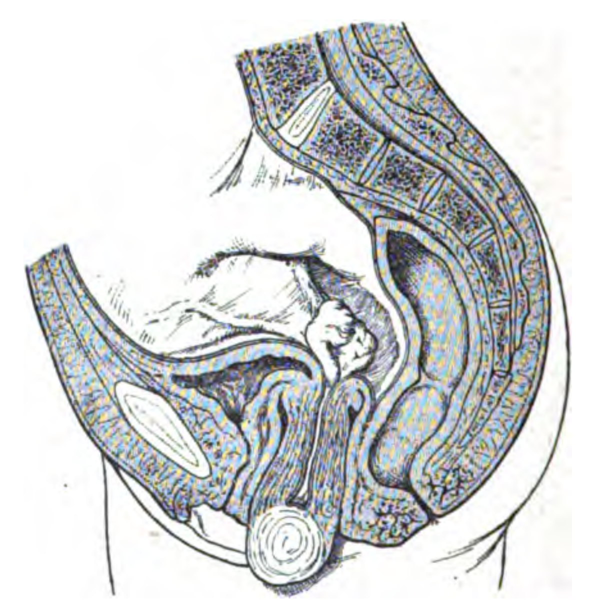


Fig. 147. — Inversion et fibrome.

nales. Mais, à la longue, cet entonnoir se rétrécit peu à peu et finit par devenir une simple fente

Chez quelques femmes, l'inversion se complique de *prolapsus*, de sorte que la tumeur utérine franchit la vulve et pend entre les cuisses de la malade. Cet accident est très rare. D'autres fois, l'utérus inversé *se mortifie* et *s'élimine*, sans entraîner la mort de la femme : c'est un mode de guérison spontanée. Cette terminaison de la maladie est tout à fait exceptionnelle.

Rappelons, enfin, que l'utérus retourné porte quelquefois au niveau du fond une *tumeur fibreuse*, qui a joué le principal rôle dans le mécanisme du retournement. Nous verrons que cette coïncidence peut être une cause d'erreur de diagnostic (*fig.* 147).

Symptômes. — L'inversion qui débute ne se révèle par aucun signe appréciable; quand le fond est simplement déprimé en *cul de bouteille*, comme disait MAURICEAU, personne n'en sait encore rien. Ce n'est que lorsque la difformité s'est définitivement constituée, que le fond a franchi le col et est descendu dans le vagin, que l'attention est attirée par deux symptômes importants : les douleurs et l'hémorragie. Celle-ci, il est vrai, peut manquer, mais la douleur est un phénomène constant, quoique très variable au point de vue de son intensité. Il y a des femmes qui souffrent à peine, ce qui indique que l'inversion s'est produite avec beaucoup de lenteur et que la constriction exercée par le col est très modérée ; chez d'autres, la douleur est continuelle, mais supportable dans certains cas ; enfin, il y a des crises douloureuses atroces séparées par des rémissions de longue durée.

En ce qui concerne les pertes de sang, on peut dire que les hémorragies profuses, répétées, capables de menacer la vie, sont assez rares ; en général, il s'agit d'un suintement intermittent, qui n'a aucun caractère alarmant.

L'examen direct donne presque toujours des renseignements positifs. Ainsi, l'exploration abdominale fait constater l'absence de l'utérus derrière la symphyse, et, par le toucher vaginal, on découvre une masse arrondie, piriforme, que l'on prend, au premier abord, pour un polype fibreux, d'autant plus que la partie de l'utérus étranglée par le col ressemble à s'y méprendre au pédicule de la tumeur. Mais, en examinant avec attention la base de ce soi-disant polype, on y découvre deux petits orifices latéraux qui sont les orifices utérins des trompes.

Diagnostic. — Un examen très minutieux et très complet est indispensable pour pouvoir affirmer qu'on se trouve

en présence d'une inversion et non d'une *tumeur fibreuse pédiculée.* L'absence du fond utérin derrière le pubis, l'impossibilité d'introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, la présence des petites ouvertures tubaires sont les principaux signes qui permettront d'affirmer le diagnostic. La coexistence d'un fibrome implanté sur le fond de l'organe est plus faite pour dérouter le clinicien que pour le mettre sur la voie. Se croyant en présence d'un polype ordinaire, il peut se dispenser de pousser plus loin ses investigations, et, le jour de l'intervention, se contenter d'extirper la tumeur par torsion, sans se douter que l'utérus a été partiellement arraché et le péritoine ouvert.

Le diagnostic avec le *prolapsus utéro-vaginal* ne donne lieu à aucune difficulté : la présence de l'orifice externe du col évitera toute confusion. Mais il est bon de se rappeler que l'inversion utérine peut se compliquer d'une *chute des parois vaginales ;* il est vrai que cet accident est tout à fait rare.

Pronostic. — Cette affection n'a pas la moindre tendance à la réduction spontanée; quant à l'élimination par gangrène, elle est tellement rare qu'il serait absurde de compter sur cette éventualité pour justifier l'abstention.

L'inversion est donc un accident sérieux à cause des complications septiques qui peuvent survenir, à cause aussi des hémorragies et des douleurs qui épuisent les malades et les mettent dans de très mauvaises conditions au point de vue opératoire.

Traitement. — On obtient la réduction de l'utérus inversé par des méthodes non sanglantes ou par des méthodes sanglantes.

Méthodes non sanglantes. — Elles réussissent presque toujours dans les cas d'inversion récente.

Le moyen le plus simple consiste dans la *pression directe avec la main.* On introduit dans le vagin trois doigts ou toute la main droite, qui repousse le fond de la tumeur dans le sens de l'excavation pelvienne, tandis que la main gauche cherche à saisir l'organe en déprimant fortement le ventre. Une première tentative peut échouer, cela est même assez

fréquent; on aurait tort de se décourager. La malade sera mise au repos le plus complet, et on lui administrera deux ou trois fois par jour des injections très chaudes, en vue de décongestionner l'utérus. Les jours suivants, de nouvelles tentatives seront faites et renouvelées jusqu'à ce que la réduction soit obtenue [1].

Au lieu de la pression manuelle, on peut utiliser le *tamponnement* du vagin avec des mèches de gaze stérilisée ou iodoformée. La malade étant placée dans la position dorso-sacrée, et après avoir écarté les parois vaginales au moyen de valves tenues par des aides, le chirurgien introduit dans la cavité vaginale de longues mèches de gaze qu'il tasse fortement, mais sans brutalité, autour et au-dessous de la tumeur. Ce pansement est laissé en place pendant deux ou trois jours, puis renouvelé un certain nombre de fois jusqu'à réussite complète. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'asepsie la plus sévère doit présider à toutes ces manœuvres. Pendant toute la durée de ce traitement, et jusqu'à ce que la réduction se soit effectuée, la malade gardera le repos complet dans le décubitus dorsal.

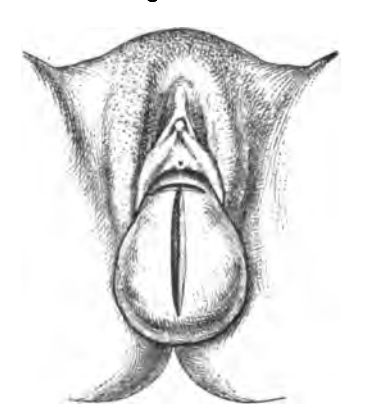


Fig. 148. — Inversion. Tracé des incisions.

En Allemagne, on se sert beaucoup du *colpeurynter*, appareil complètement inconnu chez nous. C'est un sac en caoutchouc qu'on remplit d'eau d'une manière progressive après l'avoir introduit dans le vagin, au contact de l'utérus inversé. Au dire des chirurgiens et accoucheurs d'Outre-Rhin,

1. Dans les cas tout à fait récents, la réduction manuelle s'opère en douceur, sans qu'il soit nécessaire de déployer beaucoup de force : le secours du chloroforme est alors inutile. Mais il y a des exceptions, et l'anesthésie générale est indispensable toutes les fois qu'il y a lieu de faciliter la réduction en faisant des *débridements*.

ce moyen donnerait d'excellents résultats même lorsqu'il s'agit d'inversions vieilles de plusieurs mois ou même de plusieurs années. Pour réussir, le colpeurynter doit être laissé en place pendant plusieurs jours et même pluiseurs semaines.

Le colpeurynter peut être avantageusement remplacé par les *pessaires à air*, dont celui de GARIEL est le modèle le plus employé (*fig.* 149).

En somme, qu'on utilise la pression manuelle, le colpeurynter ou le pessaire à air, ce qui est certain, c'est que la *pression continue longtemps continuée* est un moyen de réduction très efficace, qu'il faut toujours mettre en œuvre avant de se décider à prendre le bistouri.

Méthodes sanglantes. — On est bien obligé d'y recourir lorsque tous les moyens de douceur ont complètement échoué.

La réduction opératoire se fait par la *voie abdominale* ou par la *voie vaginale*.

La *voie abdominale* a peu de partisans. Citons simplement la technique qui a fourni quelques succès à M. EVERKE (de Bochum). Après avoir ouvert le ventre comme pour une laparotomie ordinaire, le chirurgien pratique sur le bourrelet du col deux incisions médianes, une en avant et une autre en arrière ; cela fait, il refoule l'utérus par des manœuvres vaginales. La réduction obtenue, on ferme les deux plaies par des sutures, en procédant par en haut, après quoi l'utérus est fixé à la paroi abdominale (hystéropexie).

C'est la *voie vaginale* qui a donné les plus beaux succès. Les procédés qui ont été recommandés sont fort nombreux. Nous ne décrirons que les principaux.

Procédé de KEHRER. — Le chirurgien incise la paroi antérieure verticalement, sur la ligne médiane, depuis le col jusqu'au fond de l'organe ; cela fait, les bords de la plaie sont fortement écartés de chaque côté, ce qui permet de refouler le fond de l'utérus à travers cette ouverture.

Le procédé de KEHRER est donc une *colpo-hystérotomie antérieure*.

Procédé de Küstner. — Incision transversale au niveau du Douglas, permettant d'introduire un ou deux doigts pour détruire des adhérences, s'il y en a ; seconde scission médiane, verticale, pratiquée sur la paroi postérieure de l'utérus ; cette incision doit commencer à environ 2 centimètres au-dessus de l'orifice externe du col. Pour faire la réduction, on immobilise la région cervicale en accrochant un doigt dans l'incision transversale, après quoi on refoule le fond en le faisant passer par l'ouverture longitudinale.

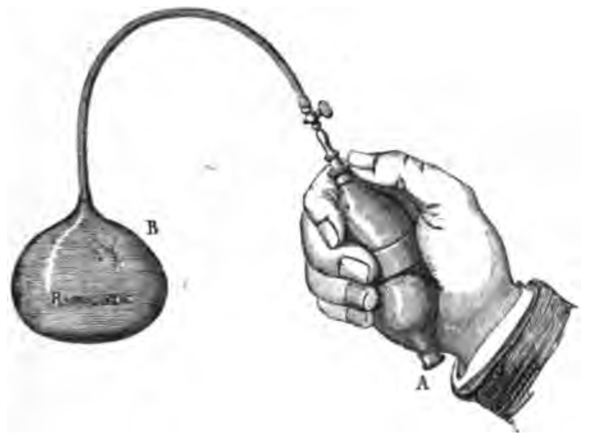


Fig. 149. — Pessaire à air.

Procédé de Westermark. — Ce chirurgien fait une incision en T à la partie postérieure de la tumeur ; la branche horizontale est tracée au-dessus du bourrelet cervical ; quant à la branche verticale, elle part du milieu de la première et descend jusqu'au fond de l'organe. Le procédé de Westermark est exactement celui de Piccoli et celui de Duret. Il paraît que ces trois chirurgiens ont imaginé leurs procédés sans avoir aucune connaissance de leurs confrères.

Hystérectomie totale. — Il y a des inversions qui résistent à toutes les tentatives de réduction, même à la réduction opératoire. Quelle est la conduite à tenir en pareil cas?

Il n'y a pas d'hésitation possible, il faut supprimer l'organe devenu douloureux, inutile et même dangereux, car il peut être le point de départ d'accidents septiques fort graves.

L'opération de choix est l'hystérectomie vaginale.

Bibliographie. — VAUTRIN. Inversion chez enfant (*Société de gyn. de Nancy*, 1912). — THORN (*Samml. Klin. Vort.*, 1911). — FRESSON (*Thèse de Paris*, 1902). — CHAPUT. Inversion et kyst. abd. (*Soc. de chirurgie*, 1912).

FIBRO-MYOMES

Définition, étiologie, pathogénie. — Les fibro-myomes de l'utérus sont des tumeurs caractérisées par ce fait, que leur structure rappelle d'une manière frappante celle de la matrice elle-même. On leur donne encore les noms de *corps fibreux*, *tumeurs fibreuses*, *fibroïdes*, *hystéromes*, *myomes*, etc.

Ce sont des néoplasmes qu'on s'accorde à considérer comme bénins, parce qu'ils ne se généralisent jamais ; il n'en est pas moins vrai que, dans un grand nombre de cas, ils peuvent causer la mort par les complications qu'ils provoquent.

Cette affection est d'une fréquence extrême ; elle se manifeste entre trente et cinquante ans, mais surtout après trente ans et avant la ménopause. Cependant on a cité des exemples de fibro-myomes chez des femmes âgées de vingt-deux ans (RUGE), de vingt-quatre ans (SEGOND, RICHELOT), de vingt-huit ans (R. SPENCER) : on a même publié un cas relatif à une jeune fille de treize ans (CAVAILLON). Au vrai, ces tumeurs sont tout à fait exceptionnelles avant vingt ans et après cinquante.

On sait que cette maladie est infiniment plus commune dans la race nègre que chez les femmes blanches, mais la cause de cette différence nous échappe complètement.

D'après quelques auteurs, KLEINWÄCHTER, HOFMEIER entre autres, l'*hérédité* ne serait pas sans influence sur la genèse des corps fibreux ; c'est aussi le sentiment de M. RICHELOT, qui, cependant, ne veut incriminer que l'hérédité du tempérament, l'*hérédité* arthritique, « la tendance aux néo-

formations fibreuses ». Toujours est-il que le rôle de ce facteur étiologique est loin d'être universellement admis. On peut en dire autant de quelques autres *causes prédisposantes*, telles que la *stérilité*, les *irritations répétées* de la sphère génitale, le *célibat*, etc. Ainsi, pour Schrœder et Hofmeier, la plupart des porteuses de fibromes seraient des multipares, assertion combattue par un grand nombre d'autres auteurs, qui soutiennent, au contraire, que la grande majorité de ces malades n'ont jamais été enceintes. En l'état actuel de nos connaissances, tout ce qu'il est possible d'affirmer à ce point de vue, c'est que les fibro-myomes se rencontrent souvent chez les nullipares et même chez les vierges.

Les *causes déterminantes* de la maladie sont encore plus mal connues que ses causes prédisposantes, et rien de plus obscur, de plus contradictoire, que les différentes théories pathogéniques imaginées par les auteurs pour expliquer le mode de développement de ces néoplasmes. Cohnheim enseignait que les corps fibreux étaient des *tumeurs congénitales*, provenant de débris embryonnaires. Virchow pensait que le point de départ du processus était une « irritation », mais il se gardait bien de fournir la moindre notion sur la nature de ce facteur. Signalons simplement la doctrine de Klebs — qui considérait les fibromes comme le résultat de la prolifération des éléments musculo-conjonctifs des vaisseaux utérins ; celle de Kleinwächter, — pour qui ces tumeurs émanaient de certaines cellules rondes groupées autour des capillaires sanguines ; celle de Gottschalk, — qui plaçait l'origine du mal dans un processus d'endartérite, — et arrivons aux conceptions pathogéniques les plus récentes, qui, comme il fallait un peu s'y attendre, voient, à l'origine du processus fibromateux, une véritable infection à point de départ endométrique !

Telle est la théorie entrevue par Pilliet dès 1894, et longuement développée par A. Claisse dans sa thèse inaugurale de 1900. Sous l'influence de l'irritation causée par l'évolution des microorganismes, on voit naître, autour des petits vaisseaux du parenchyme, des amas de cellules rondes disposées en couronne proliférante, qui augmente par la production de pointes d'accroissement ; cette couronne s'en-

toure ensuite d'une bande fibreuse qui isole le nodule fibromateux. Nous ne trouvons pas qu'il soit utile d'insister plus longuement sur cette conception pathogénique, ingénieuse si l'on veut, mais qui ne repose sur aucune donnée probante, ni même très vraisemblable.

Tout autre est la doctrine défendue par M. RICHELOT : pour lui, le fibro-myome serait « l'aboutissant d'une série pathologique qui commence à l'utérus scléreux de moyen volume, celui que VIRCHOW a décrit avec les myomes sous le nom de *métrite parenchymateuse*, série où vient se ranger l'utérus géant, puis l'utérus criblé de myomes gros comme des noisettes, et, enfin, l'utérus fibromateux proprement dit, où la néoplasie, qui envahit tout l'organe, se dispose çà et là en forme de lobes et de lobules séparés, de dimensions et de volumes très variables ». Les porteuses de corps fibreux sont donc tout simplement des scléreuses, des arthritiques nerveuses, et, en nous étendant plus longuement sur la pathogénie des tumeurs fibreuses, nous risquerions de répéter tout ce que nous avons déjà dit de ces malades en étudiant la sclérose primitive de l'utérus (Voyez p. 302). En deux mots, le fibro-myome utérin est un produit de la diathèse arthritique au même titre que la myocardite, la néphrite interstitielle, la cirrhose hépatique, la dégénérescence scléro-kystique des ovaires, l'athérome des vaisseaux encéphaliques, etc., etc.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que cette théorie pathogénique n'a, jusqu'à présent, rencontré que des sceptiques, ou peu s'en faut. Pour le professeur POZZI, dont l'opinion résume assez bien celle de la majorité, « toutes ces théories ne sont que des hypothèses qui trahissent notre ignorance, l'impuissance où nous sommes de déceler l'origine et la nature exactes de cette affection ».

Anatomie pathologique. — La tumeur fibreuse se présente sous la forme d'une masse arrondie, dure, élastique, dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celui d'une tête d'adulte ou davantage. Toutefois, il convient d'ajouter que les très grosses tumeurs ne sont pas constituées par un fibro-myome unique : en général, il s'agit de l'utérus lui-

même flanqué de plusieurs masses fibreuses dont les dimensions varient à l'infini. On a publié des exemples de matrices fibromateuses qui pesaient 60, 80 et même 100 livres (FREEMANN, STOKART, HUNTER).

Le fibrome unique est une rareté ; on trouve presque toujours pour ne pas dire toujours, dans l'épaisseur des parois, quelques tout petits noyaux qui échappent à un examen superficiel. Le plus souvent, il y a trois ou quatre tumeurs distinctes ; mais il n'est pas rare d'en rencontrer six, huit, dix ou douze. On connaît des observations de vingt, trente, cinquante corps fibreux chez la même malade.

Par leur présence au sein des tissus utérins, les fibromyomes provoquent une hypertrophie de tout l'organe, dont le parenchyme rappelle d'une manière frappante celui de l'utérus gravide (*grossesse fibreuse* de GUYON) ; ses parois s'épaississent, deviennent charnues, molles, vasculaires, ou, au contraire, blanchâtres, dures et comme lardacées, suivant qu'il y a prédominance des éléments musculaires ou du tissu conjonctif. La cavité utérine s'agrandit et peut mesurer jusqu'à 10, 12, 15 et même 25 centimètres dans sa plus grande longueur ; la surface de cette cavité est tantôt régulière, tantôt inégale, bosselée à cause des saillies formées par les myomes sous-muqueux.

De même, la surface externe de l'utérus fibromateux est régulièrement arrondie, ou bien marquée par des bosselures plus ou moins prononcées ; elle est toujours lisse, polie, brillante si les tumeurs sont sous-péritonéales et si la séreuse est saine.

Du côté des moyens de fixité de l'utérus, on trouve aussi des changements notables : les ligaments larges, ronds, utéro-sacrés s'allongent, s'épaississent, deviennent charnus, très vasculaires ; il en est de même des trompes ; quant aux ovaires, ils sont presque toujours le siège de lésions scléro-kystiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin. D'ailleurs, tout le système vasculaire utéro-pelvien se développe d'une manière anormale, et, à la surface de la matrice plus ou moins hypertrophiée, on observe souvent d'énormes plexus veineux qui s'anastomosent largement avec les veines, très développées aussi, des ligaments larges, du plexus utéro-ovarien, etc.

Sur une coupe pratiquée dans le néoplasme, la surface de section présente un aspect dense, une coloration blanchâtre, grisâtre ou rosée ; l'œil nu aperçoit très bien des fibres disposées en spirales ou en tourbillons autour de ce que l'on a appelé des *centres de formation*.

On sait que le point de départ de ces tumeurs est le tissu utérin lui-même ; le processus naît aux dépens des éléments conjonctifs et des éléments musculaires dans des proportions très inégales et très variables, comme nous le verrons bientôt. Toujours est-il que chaque masse fibreuse un peu considérable est ordinairement isolée par une zone de tissu conjonctif lâche, qui lui forme comme une sorte de *capsule* d'où on peut l'énucléer facilement. Mais on rencontre aussi des corps fibreux dépourvus de cette enveloppe, fusionnés, soudés avec le parenchyme utérin ; cette disposition serait plus fréquente dans les tumeurs où il y a prédominance des éléments musculaires.

Pour la clarté de la description, nous pensons qu'il est avantageux d'étudier séparément les *corps fibreux* du *corps* et les *corps fibreux* du *col* de l'utérus.

Fibro-myomes du corps de l'utérus. — Ils sont beaucoup plus fréquents que ceux du col. De tout temps, on les a distingués en : 1° *interstitiels*, c'est-à-dire enchâssés dans l'épaisseur des parois de l'organe ; 2° *sous-muqueux*, faisant saillie dans la cavité utérine, dont la muqueuse les recouvre immédiatement ou presque immédiatement ; 3° *sous-péritonéaux*, c'est-à-dire plongeant dans la cavité abdominale.

Nous venons de dire que les fibromes interstitiels sont enchâssés dans l'épaisseur du parenchyme utérin, dans lequel ils sont presque entièrement cachés. Mais, à mesure que la tumeur se développe, ses rapports se modifient sensiblement. En augmentant de volume, le noyau intra-pariétal peut se porter vers la cavité utérine, devenir sous-muqueux, ou bien évoluer vers la surface externe de l'utérus et devenir sous-péritonéal ; ou bien encore, l'accroissement du néoplasme est tel qu'on le voit progresser dans les deux sens, de sorte qu'il finit par être à la fois interstitiel, sous-muqueux et sous-péritonéal. Il n'en est pas moins vrai que beaucoup

de corps fibreux restent interstitiels indéfiniment ou, au moins, pendant très longtemps (*fig.* 150).

On distingue deux types de corps fibreux sous-muqueux : les ***corps fibreux sessiles***, c'est-à-dire largement implantés à la surface de la cavité utérine, dans laquelle ils font une saillie plus ou moins accusée ; les ***corps fibreux pédiculés*** ou ***polypes fibreux***, qui sont reliés à la paroi par un pédicule très variable quant au volume et à la longueur (*fig.* 151).

Les fibro-myomes sous-péritonéaux sont également ***ses-***

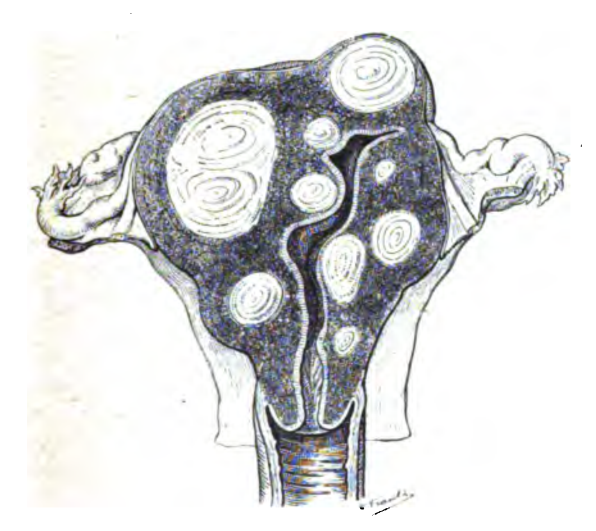


Fig. 150. — Fibromes multiples du corps utérin (interstitiels, sous-péritonéaux, sous-muqueux sessiles).

siles ou ***pédiculés***. En général, ces tumeurs commencent par être interstitielles ; c'est en augmentant de volume qu'elles arrivent à la surface de la matrice, soulèvent la séreuse et proéminent de plus en plus dans la cavité péritonéale. A un moment donné, leur base s'amincit, s'étire et devient un véritable pédicule (*fig.* 152). Dans certains cas, ce pédicule s'amincit spontanément, puis se rompt, et la tumeur devient libre dans l'abdomen. Mais cette liberté est relative, attendu

que le corps fibreux a presque toujours contracté des adhérences avec la séreuse pariétale, avec l'intestin, avec l'épiploon, adhérences ordinairement très vasculaires, qui assurent la nutrition du néoplasme séparé de son point d'origine.

Les corps fibreux qui naissent aux dépens du fond de l'organe prennent, parfois, un développement considérable et surmontent la matrice d'une masse énorme située tout entière au-dessus de la ligne d'insertion des ligaments larges



Fig. 151. — Polype fibreux.

et des annexes. Dans d'autres cas, tout le corps utérin prend part à la formation de la tumeur qui représente alors un utérus considérablement agrandi, tandis que le segment inférieur (portions sus et sous-vaginales du col) très allongé forme une sorte de gros pédicule qui relie la masse au vagin. C'est à cette variété que Richelot a donné le nom d'*utérus montgolfière* (*fig.* 153).

Il est une autre variété de fibro-myome qui mérite une mention particulière : nous voulons parler des *corps fibreux*

intra-ligamentaires, dits ***inclus dans le ligament large*** (*fig.* 152). Ils se développent aux dépens des parties latérales, des bords de la matrice ; en augmentant de volume, ils se glissent entre les deux feuillets du ligament large correspondant et finissent par remplir le petit bassin en refoulant l'utérus du côté opposé. On dit alors qu'il y a ***enclavement de la tumeur*** dans le petit bassin ; mais, par un accroissement progressif,

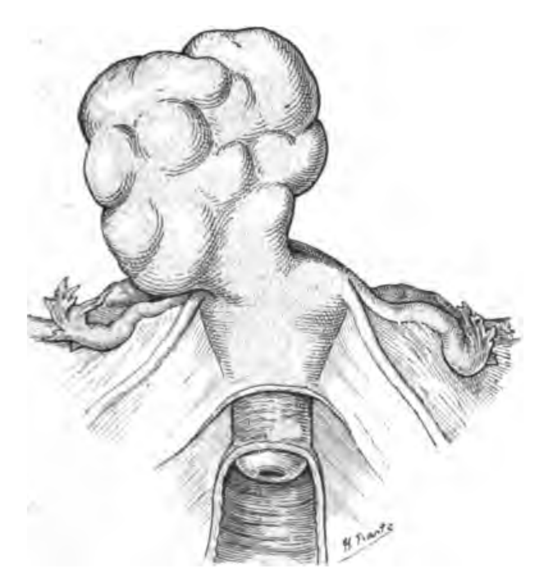


Fig. 152. — Fibrome sous-péritonéal pédiculé.

celle-ci peut franchir le détroit supérieur et devenir nettement abdominale.

Fibro-myomes du col. — Il faut étudier séparément les corps du museau de tanche et ceux qui naissent de la zone supra-vaginale du col, car ces deux types n'offrent pas le même intérêt au point de vue chirurgical.

Les premiers affectent ordinairement la forme de noyaux inclus dans une des lèvres du museau de tanche ; d'autres

sont sous-muqueux *sessiles* ou *pédiculés* ; les polypes fibreux du col font presque toujours saillie dans le vagin. En général, ces néoplasmes ne dépassent pas la grosseur d'une noisette ou d'une cerise ; exceptionnellement, ils peuvent devenir énormes, remplir le vagin et refouler le Douglas (*fig.* 154).

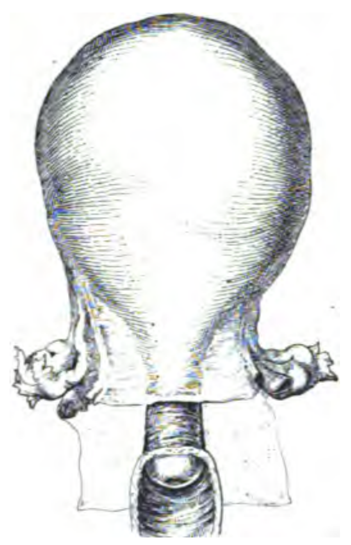


Fig. 153. — Utérus montgolfière.

Les fibro-myomes de la portion supra-vaginale sont beaucoup plus intéressants pour le chirurgien. Il s'agit presque toujours de tumeurs interstitielles qui offrent cette particularité de se développer surtout dans le sens horizontal et dans toutes les directions : « Elles effacent le museau de tanche, bourrent le segment inférieur, remplissent le pelvis et bouleversent tous les rapports. A mesure que

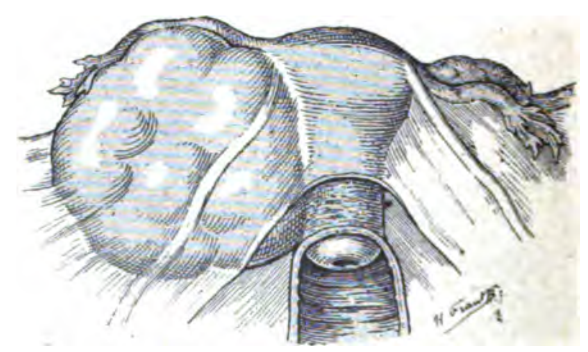


Fig. 154. — Fibrome inclus dans le ligament large droit.

son volume augmente, le fibrome dépasse le détroit supé-

rieur ; sans quitter le petit bassin (RICHELOT), il attire la vessie en haut», se moule pour ainsi dire sur les saillies et les dépressions de la région, remplit le Douglas, se met au contact des uretères, ce qui explique la facilité avec laquelle ces conduits peuvent être blessés pendant les manœuvres d'ex-

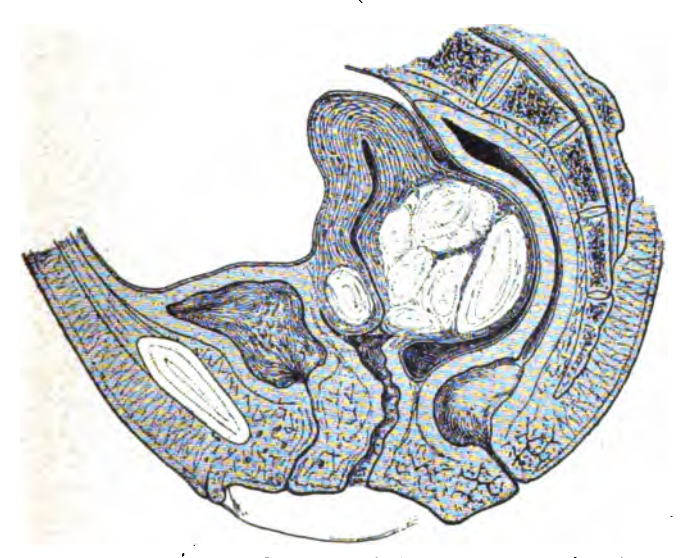


FIG. 155. — Énorme fibrome de la lèvre postérieure du col.

tirpation. Les fibro-myomes du segment inférieur sont des *fibromes pelviens* par excellence (*fig.* 156).

Structure. — Ces tumeurs sont formées de tissu musculaire et de tissu conjonctif associés dans des proportions inégales et variables ; il est bien exceptionnel qu'un de ces deux éléments fasse complètement défaut, il s'agit donc presque toujours de fibro-myomes.

L'usage veut que l'on appelle *myomes* les tumeurs dans lesquelles il y a une prédominance manifeste du tissu musculaire, tandis que la dénomination de *fibromes* est réservée à celles qui sont presque exclusivement constituées par des

faisceaux conjonctifs ; mais, comme nous venons de le dire, c'est le type fibro-myome qui est le plus commun. Cliniquement ces distinctions ne sont guère possibles ; cependant, quelques auteurs, GUSSEROW entre autres, ont remarqué — et nous avons eu nous-même l'occasion de vérifier le fait — que les myomes à peu près purs sont ordinairement vasculaires et offrent une consistance moins ferme que les tumeurs à prédominance conjonctive ; par la palpation bimanuelle,

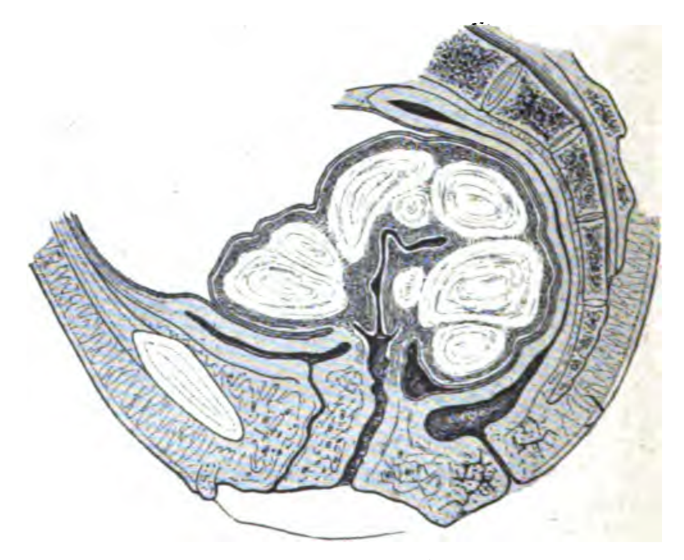


FIG. 156. — Fibromes pelviens.

on peut se rendre assez bien compte de la différence, au moins dans un grand nombre de cas, principalement chez les femmes dont la paroi abdominale est peu chargée de graisse.

Pour ce qui est de la structure intime, le microscope nous montre qu'elle est identique à celle du parenchyme utérin normal ; nous avons vu que les faisceaux sont juxtaposés, contournés en spirales ou en tourbillons autour d'un centre de formation ; il en résulte des amas musculaires séparés par

des nappes, des traînées du tissu cellulo-fibreux tantôt lâche, et tantôt serré, condensé.

Rien de plus variable que la vascularisation de ces néoplasmes : on trouve des artères, des veines, des capillaires, des espaces lymphatiques, dont la richesse varie beaucoup d'un sujet à l'autre, surtout avec l'âge de la tumeur. Les vieux myomes, les vieux fibromes en voie de transformation calcaire, ceux où prédominent les éléments conjonctifs sont très pauvres en vaisseaux; parfois même on n'en trouve, pour ainsi dire, aucune trace ; dans les très grosses tumeurs, on voit de vastes plexus veineux sillonner leur surface péritonéale, tandis que les parties profondes, centrales, sont à peine irriguées ; à côté de ce type, qui est peut-être le plus fréquent, on rencontre des myomes qui sont de véritables éponges gorgées de sang : les capillaires dilatés y forment de véritables lacunes vasculaires, sans parler des énormes plexus veineux superficiels qui affectent souvent la forme de véritables sinus ; c'est à ce type que Virchow a donné le nom de *myoma telangiectodes*. Cette vascularisation exagérée, mais nullement exceptionnelle, explique la gravité des hémorrhagies qui surviennent au cours de l'hystérectomie.

L'examen histologique du tissu utérin proprement dit révèle les modifications qui ne manquent pas d'intérêt. Du côté du parenchyme : hyperplasie de la musculature, sclérose des parois artérielles, endartérite et péri-artérite ; ectasie des veines et des lymphatiques ; du côté de la muqueuse, les lésions signalées par les différents auteurs sont à peu près les mêmes, mais on n'est guère d'accord sur la signification qu'il convient de leur donner. Tous admettent que la muqueuse est épaissie, hyperplasiée d'une manière uniforme, que l'épithélium de revêtement est peu ou pas altéré, que les glandes sont beaucoup plus nombreuses qu'à l'état normal, plus volumineuses, mais qu'elles n'offrent pas de lésions appréciables quant à leur structure intime, etc.

Pour M. Richelot, rien ne distingue ces lésions de celles qu'on rencontre dans la sclérose primitive de l'utérus ; et cette constatation lui paraît toute naturelle, puisque, entre l'utérus scléreux et l'utérus fibromateux il n'y a qu'une question de degré. Mais cette manière de voir ne compte

pas beaucoup de partisans. En général, on considère ces lésions comme l'expression d'un processus infectieux et le mot d'endométrite est dans toutes les bouches. Ainsi, MM. WYDER et CAMPE, dont les travaux sur cette question sont restés classiques, ont montré que la muqueuse est le siège d'une prolifération analogue à celle de l'endométrite fongueuse ; quant aux hémorragies, ils les comparent aux métrorragies de l'endométrite chronique. Nous devons aussi rappeler l'opinion de M. SEMB, qui veut que les pertes de sang dépendent surtout de l'hypertrophie du parenchyme et de la prolifération des parois vasculaires. Il convient encore de faire remarquer que les livres, les traités classiques touchent à peine à ce sujet. Ainsi, dans le traité de FRITSCH, l'auteur se borne à enregistrer que la muqueuse est tantôt atrophiée et tantôt hypertrophiée ; de même, MM. SCHRŒDER et HOFMEIER se contentent de reproduire les idées de CAMPE et de WYDER.

En somme, on peut dire que la plus grande incertitude règne encore sur la nature des modifications que présente la muqueuse de l'utérus fibromateux. Pour ce qui est de notre sentiment personnel, il nous semble qu'on a eu le tort de confondre des lésions très dissemblables. Ainsi, pour un certain nombre de cas, l'intervention de l'infection est indéniable, et d'ailleurs, pourquoi ne pas admettre que l'utérus fibromateux puisse s'infecter? Mais, d'une autre part, nous sommes convaincus que, pour un grand nombre de ces malades, M. RICHELOT est dans le vrai quand il soutient que les altérations de la muqueuse sont calquées sur celles de l'utérus scléreux : ce point ayant été discuté ailleurs, nous n'y revenons plus (Voyez p. 297-304).

Transformations des fibro-myomes. — Au cours de leur longue évolution, les corps fibreux peuvent être le siège d'altérations variées ou bien subir des modifications profondes dans leur structure intime. Nous allons passer successivement en revue les plus importantes de ces altérations et transformations.

Dans un certain nombre de cas, on voit la tumeur diminuer de volume et subir une *induration* progressive, modi-

fication qui coïncide avec l'involution sénile de la matrice. C'est presque toujours après l'établissement de la ménopause que ce processus de régression relative a été signalé ; on peut le considérer comme un mode de guérison apparente, attendu que le corps fibreux cesse de causer des troubles et finit même par se faire oublier. Malheureusement, cette terminaison ne saurait être regardée comme la règle, ni même comme une éventualité très fréquente.

On a rapporté quelques observations relatives à la *transformation calcaire* des myomes sous-péritonéaux ou des polypes fibreux ; on a même signalé l'expulsion spontanée par le vagin de noyaux calcaires devenus libres : ce sont les *pierres utérines* décrites par les anciens cliniciens. LEHNHARDT a publié sur cette question un bon travail paru dans la *Zeitschrift für Geb. und Gynäkologie* de 1879.

On trouve dans la littérature médicale plusieurs observations où il est question de la *dégénérescence graisseuse* des corps fibreux utérins, mais il a été prouvé que cette dégénérescence est, au contraire, un phénomène assez rare. Quant à la *transformation amyloïde*, on n'en connaîtrait qu'une seule observation probante.

L'*infiltration œdémateuse*, ou ramollissement du néoplasme, est, au contraire, très fréquente, surtout pendant l'évolution de la grossesse ; il est même bien certain aujourd'hui que la disparition de l'œdème, à la suite de l'accouchement, peut s'accompagner d'une diminution remarquable du volume des corps fibreux ; on a même signalé comme possible la résorption complète du néoplasme.

La *dégénérescence kystique* des fibromes a été l'objet d'un grand nombre de travaux et de recherches, surtout de la part des histologistes allemands. Dans un certain nombre de cas, ces formations kystiques sont le résultat de la *dégénérescence myxomateuse* ou *colloïde* de la tumeur ; on ne trouve pas, à proprement parler, de paroi kystique véritable, mais des lacunes ménagées entre les faisceaux constitutifs par « effusion de la matière muqueuse ou colloïde ». Il s'agit donc de pseudo-kystes, dans toute l'acceptation du terme. D'autres fois, il y a de véritables cavités préformées dues à la dilatation des vaisseaux lymphatiques et même sanguins. Ce

sont les *myomes lymphangiectasiques* ou *télangiectasiques* de Léopold ; ou bien, on rencontre une autre variété de faux kystes constitués par des foyers de désintégration ou de nécrose, résultats d'oblitérations vasculaires par thrombose, etc. Toujours est-il que l'on tend de plus en plus à admettre, avec Virchow, que la dégénérescence pseudo-kystique est l'indice d'une évolution des corps fibreux vers la malignité (*fig.* 156).

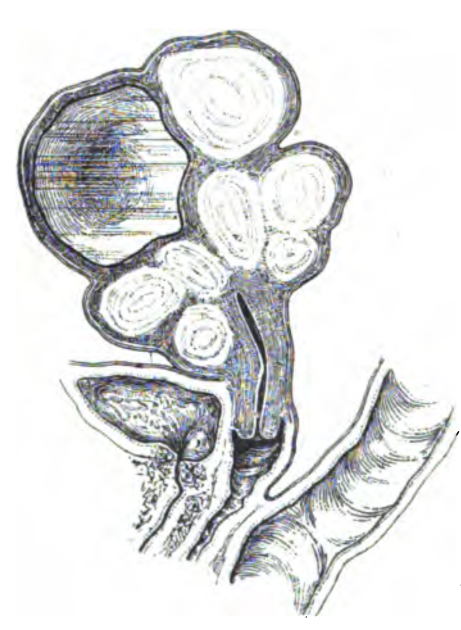


Fig. 157. — Fibrome kystique et fibromes du fond utérin.

Les utérus porteurs de tumeurs fibro-kystiques atteignent quelquefois des dimensions colossales : il y a des exemples de cysto-fibromes contenant de 10 à 20 litres de liquide. Souvent, la néoplasie se présente sous l'aspect d'un utérus flanqué de plusieurs très grosses tumeurs, dont les unes sont des fibro-myomes ordinaires, les autres des myomes kystiques à contenu franchement liquide ; ou bien, c'est une cavité paraissant creusée aux dépens de masses myxomateuses ou colloïdes. dans laquelle il y a un liquide tantôt clair, limpide, tantôt trouble et tenant en suspension des grumeaux gélatineux ; enfin, il n'est pas rare de constater qu'une de ces cysto-fibromes est en voie de *transformation maligne*. Nous avons gardé le souvenir d'une malade encore jeune, dont l'utérus fibromateux dépassait la grosseur de

deux têtes d'adulte : il y avait plusieurs fibromes purs, une grosse tumeur fibro-kystique renfermant une dizaine de litres d'un liquide trouble dans lequel baignaient des masses gélatineuses qui tapissaient les parois de la cavité ; enfin une tumeur fibreuse en train de se changer en sarcome.

Nous venons de dire que le contenu de ces pseudo-kystes pouvait être de la sérosité claire ou trouble chargée de masses grumeleuses ; dans certains cas, on trouve une bouillie grisâtre ou noirâtre, ou bien du sang plus ou moins altéré mélangé de caillots. Ajoutons que ces néoplasmes kystiques sont assez souvent le point de départ d'une infection qui change complètement le pronostic de la maladie. Nous verrons plus loin, en étudiant les complications cliniques, que les accidents de suppuration et de mortification sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'a dit.

La *dégénérescence rouge*, complication assez rare, a été récemment étudiée par deux anglais, MM. LORRAIN SMITH et F. SHAW (1909-1913). Dans la plupart des cas, cette lésion est due à la thrombose des vaisseaux de la tumeur d'où coloration rouge des tissus après hémolyse du sang ; dans cette variété, la coloration rouge persiste après lavage dans la liqueur de KAISERLING. Mais il existe un autre type de dégénérescence rouge, dans laquelle la coloration rouge est produite par le sang dont sont gorgés les vaisseaux du corps fibreux ; ici, il y a développement angiomateux des vaisseaux, et la coloration tend à disparaître lorsqu'on lave avec le KAISERLING.

Cette transformation, maligne au premier chef, s'opère généralement au moment de la ménopause ou après l'établissement de celle-ci ; plus rarement, elle éclate inopinément au cours d'une évolution fibromateuse qui, jusque-là, n'avait été marquée par aucun signe inquiétant ; c'est ce qui arrive assez souvent chez les femmes jeunes, avant la quarantaine.

Quant à la fréquence de cette redoutable éventualité, les chiffres publiés par les différents auteurs ne sont pas toujours concordants. Ainsi, pour WARNEKROS (de Berlin), elle se montrerait dans la proportion de 4 à 5 p. 100 (*Archiv. f. Gyn.*, 1912), tandis que, sur un ensemble de 468 hystérectomies pour corps fibreux, HERTEL n'a trouvé que 13 cas de

transformation sarcomateuse (*Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1912). MUNROO KERR (de Glascow) n'a observé que 2 cas de dégénérescence sarcomateuse sur une série de 200 hystérectomies; enfin, d'après MAC DONALD, la proportion des transformations malignes s'accroîtrait avec l'âge des malades ; ainsi, entre 50 et 60 ans, la proportion serait de 5 p. 100, entre 60 et 70 ans, de 17 p. 100, et au-dessus de 70 ans, de 20 à 23 p. 100.

Depuis quelques années, il est souvent question de la *dégénérescence maligne* des corps fibreux, et l'on a déjà publié plusieurs observations de transformation sarcomateuse ; on a même parlé du changement possible du fibrome en cancer épithélial.

En ce qui concerne le premier point, le doute n'est plus permis aujourd'hui ; FELHING et OTTO DE FRANQUÉ, pour ne citer que les principaux auteurs, ont démontré, par des exemples concluants, que la *dégénérescence des fibro-myomes en sarcomes* est un fait indéniable et plus fréquent qu'on ne croit.

On ne saurait en dire autant de la dégénérescence épithéliomateuse, bien qu'elle ait été admise par quelques histologistes distingués. VIRCHOW ne l'avait jamais constatée, mais il la croyait possible ; EHRENDORFER, LIEBMANN, d'autres encore, ont même rapporté des observations qu'ils considéraient comme absolument concluantes. Des recherches ultérieures ont établi de la manière la plus évidente que nous ne possédons *pas un seul exemple authentique de cette transformation*, et que les faits soi-disant probants qui ont été signalés concernaient des cas très superficiellement étudiés. « La dégénérescence carcinomateuse du fibrome, dit RICHELOT, est une impossibilité histologique, une tumeur de la série conjonctive ne pouvant devenir un beau jour une tumeur de la série épithéliale. » Le professeur POZZI n'est pas moins hostile à cette singulière conception : « Le fibrome et le carcinome, dit-il, sont deux tumeurs de lignées histologiques différentes, incapables de se transformer l'une dans l'autre. » KOSSMANN, RECKLINGHAUSEN, HAUSER, IWANOFF, etc., se sont servis des mêmes arguments pour détruire cette légende, qui, d'ailleurs, ne compte plus aujourd'hui un seul partisan autorisé.

Il n'en est pas moins certain que le *fibrome et le cancer épithélial ont été observés sur le même utérus :* les exemples de cette coïncidence sont trop nombreux, trop évidents pour qu'il soit possible d'élever le moindre doute sur son authenticité. Quel est le point de départ du processus carcinomateux, où prend-il naissance? Nous savons aujourd'hui qu'il y a lieu de distinguer plusieurs cas. En général, il s'agit d'un vulgaire épithélioma cervical qui envahit secondairement le corps utérin bourré de fibromes (*fig.* 158) ; d'autres fois, c'est un cancer primitif de la muqueuse du corps qui se propage directement aux tumeurs fibreuses du parenchyme ; enfin, pour expliquer l'évolution simultanée d'un sarcome et d'un carcinome en plein tissu fibro-myomateux, on suppose que la tumeur primitive est un *adéno-myome* dont les éléments glandulaires ont donné naissance à un cancer épithélial, tandis que les parties fibro-myomateuses ont dégénéré en sarcome.



Fig. 158. — Cancer du col et fibrome interstitiel du fond de l'utérus; femme de soixante ans (obs. personnelle).

On a admis deux autres mécanismes pathogéniques qui méritent d'être signalés : 1° le cancer épithélial naîtrait de débris glandulaires d'origine *wolffienne* ou *müllerienne ;* 2° le cancer épithélial se développerait aux dépens d'un *prolongement erratique* de la muqueuse utérine, séparé du reste de la membrane par une sorte d'étranglement.

A propos de la dégénérescence maligne des myomes, nous ne saurions passer sous silence une complication bien inattendue signalée par M. Schlagenhaufer [1] : nous voulons

1. Schlagenhaufer (*Wiener klin. Woch.*, 1902, n° 20).

parler des *métastases viscérales d'origine purement fibromateuse.* Cet auteur affirme avoir trouvé dans le poumon et dans le foie d'une femme hystérectomisée pour un corps fibreux utérin, et morte quinze jours après cette intervention, des noyaux dont la structure rappelait de tous points celle de la néoplasie utérine. Ce n'est pas tout : ULESKO-STROGANOWA [1] a tout récemment décrit des *myomes malins* caractérisés : 1° par la présence d'éléments jeunes, multinucléés et polymorphes ; 2° par une récidive rapide et des généralisations viscérales.

Jusqu'à plus ample informé, toutes ces assertions ne doivent être accueillies qu'avec la plus grande réserve.

Par leur séjour prolongé dans la cavité abdominale, par les frottements qu'elles infligent à la séreuse pariétale et aux organes avec lesquels elles se trouvent en contact, les tumeurs fibreuses, surtout si elles sont volumineuses, provoquent la formation d'adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins résistantes avec l'épiploon, l'intestin grêle, la vessie, le rectum, le côlon transverse, l'estomac, la paroi abdominale, etc. Ces connexions anormales entre le néoplasme et les parties voisines peuvent devenir de véritables pédicules vasculaires et contribuer à la nutrition du myome ; on a vu des tumeurs sous-péritonéales pédiculées se détacher de la matrice et continuer à se développer grâce à la présence d'adhérences riches en vaisseaux nourriciers (NÉLATON).

A un autre point de vue, ces adhérences méritent toute l'attention du chirurgien à cause des difficultés qu'elles occasionnent au cours de l'hystérectomie abdominale : en effet, l'union entre la tumeur fibreuse et l'intestin grêle est quelquefois tellement intime qu'elle impose la résection de l'anse intéressée. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic dans les interventions de ce genre.

La *suppuration*, la *mortification* des fibro-myomes ne sont pas des accidents rares : il en sera question au chapitre des COMPLICATIONS CLINIQUES.

Il nous reste à parler de la *torsion* des tumeurs sous-

1. U. STROGANOWA (*Monats. f. Geb. und Gynäk.*, 1903, t. XVIII, n° 3).

séreuses pédiculées ; cet accident se produit par un mécanisme semblable à celui qui préside à la torsion des kystes ovariens ; en général, il s'agit donc d'une tumeur volumineuse, très mobile et reliée à l'utérus par un pédicule long et grêle.

Cliniquement, la torsion peut s'annoncer par un début dramatique comme dans la torsion ovarienne, ou, au contraire, évoluer de la manière la plus sournoise ; pour le détail des symp'ômes, nous prions le lecteur de se reporter à la description que nous donnons à propos des kystes ovariques. Quant à la terminaison, elle ne varie pas beaucoup : si l'on n'intervient pas, la tumeur se mortifie, s'infecte, suppure et finit par occasionner une péritonite rapidement mortelle ; dans quelques cas, il y a eu rupture du pédicule tordu et hémorragie grave, etc.

Il existe une autre espèce de *torsion* [1], celle de l'*utérus sur son propre axe :* son étude fera le sujet d'un chapitre spécial (Voyez p. 632).

Évolution clinique. — Rien de plus variable que l'évolution clinique des tumeurs fibreuses de l'utérus : il y a des exemples de ces néoplasmes qui, n'ayant occasionné aucun trouble pendant la vie, ne sont reconnus qu'à l'autopsie ; dans d'autres cas, le corps fibreux est découvert par hasard, au cours d'une exploration nécessitée par une autre cause.

D'ordinaire, les choses se passent différemment. Tantôt l'attention de la malade est attirée du côté de son abdomen par une sensation de pesanteur permanente ou par des

1. A propos de la torsion des fibromes pédiculés, il convient de mentionner un très curieux accident récemment signalé par RICHARDSON (*Surgery, gynecology, obstetrics*, 1910). Au cours d'une hystérectomie, il a trouvé un corp fibreux libre dans la cavité abdominale, simplement vascularisé par les adhérences qu'il avait contractées avec l'épiploon. L'auteur suppose que la tumeur, autrefois myome sous-séreux pédiculé, s'était détachée de l'utérus par suite de la torsion exagérée de son pédicule. Il s'agit là d'un fait bien exceptionnel, car MM. KELLY et CULLEN n'en ont observé que deux exemples dans une série comprenant 1.674 fibro-myomes opérés ; ils ont donné à ces corps fibreux devenus libres dans le ventre le nom de *myomes parasites*, puisqu'ils se nourrissent aux dépens des tissus et organes voisins.

tiraillements hypogastriques accompagnés d'irradiations lombaires ; ou bien ce sont, au contraire, des ménorragies ou des métrorragies éclatant soudainement qui révèlent l'existence du mal. Les pertes de sang constituent donc le symptôme fonctionnel capital de la fibromatose utérine.

Rappelons que, par ménorragies, il faut entendre des règles exagérées, mais survenant à des dates à peu près fixes; tandis que les métrorragies désignent, au contraire, des hémorragies se produisant pendant la période intermenstruelle.

En général, ce sont les ménorragies qui ouvrent la scène ; à l'occasion de ses règles, la malade se met à perdre avec une abondance insolite, et l'écoulement se prolonge bien au delà du terme habituel de la période. Ce sang est d'un rouge vif, tantôt liquide, tantôt mélangé à des caillots volumineux qui encombrent le vagin. Les règles passées, tout semble rentré dans l'ordre, lorsque, vers le milieu de l'espace intermenstruel, l'hémorragie reprend de plus belle, persiste pendant six ou huit jours, puis s'arrête, pour recommencer à la prochaine menstruation. Il y a des fibromateuses qui ne perdent qu'à l'occasion des règles, et, chez elles, l'écoulement peut durer huit, dix, douze et même quinze jours ; chez d'autres femmes, la tumeur provoque des métrorragies ; enfin, dans certains cas, la femme perd pendant quatre ou cinq jours plusieurs fois par mois, de sorte qu'il lui est bien difficile, sinon impossible, de savoir quelle est la poussée hémorragique qui correspond au flux menstruel normal.

Nous avons tous vu des malades perdre d'une manière ininterrompue, mais avec une abondance très inégale, pendant des semaines et même deux ou trois mois.

Dans l'intervalle de ces hémorragies, les femmes ont souvent de la leucorrhée profuse ou bien des pertes franchement aqueuses d'une abondance excessive. « Ce qui est remarquable, fait observer Richelot, c'est la facilité merveilleuse avec laquelle un grand nombre de femmes supportent leurs hémorragies. Anéanties d'abord, elles se relèvent en quelques jours et reprennent toutes les apparences de la santé. Ce sont des arthritiques tendant à l'obé-

sité ; pendant longtemps, au lieu de maigrir, elles engraissent. »

La douleur peut manquer pendant toute la durée de la maladie ; en général, elle existe, mais est elle très variable dans son intensité ; beaucoup de malades ne se plaignent que d'une sensation permanente de pesanteur hypogastrique, avec ou sans tiraillements lombaires ; plus rarement on observe de véritables névralgies lombo-abdominales, procédant par crises plus ou moins espacées ; enfin, certaines femmes ont des coliques utérines violentes, qui surviennent au moment des règles pour disparaître avec l'écoulement. Le tout mis en balance, on peut dire que la fibromatose utérine est une affection peu douloureuse.

En dehors de la douleur, les phénomènes de compression sont fréquents, bien que très variés dans leurs manifestations. Du côté de la vessie, on note tantôt de la *pollakyurie*, tantôt de la *dysurie*, suivant le siège où s'exerce la compression ; la *rétention complète* est plus rare.

La *compression* du *rectum* favorise la *constipation ;* mais il est assez rare qu'elle soit effective au point de déterminer la mort par étranglement interne ; ces accidents sont presque toujours occasionnés par des corps fibreux du segment inférieur.

La *compression* des *uretères* et les troubles *rénaux consécutifs* méritent de figurer parmi les complications les plus graves de la maladie. Nous en parlons ailleurs.

Pendant la première phase de leur évolution, les corps fibreux restent cachés dans l'excavation pelvienne, et on ne s'aperçoit de leur existence que s'ils occasionnent des troubles appréciables, tels que la douleur ou les métrorragies. Pour reconnaître l'origine de ces accidents et la cause réelle du mal, il est indispensable de recourir à l'examen direct du petit bassin. Par l'exploration bimanuelle méthodiquement pratiquée, on constatera la présence d'une masse dure, arrondie, faisant corps avec la matrice, dont elle suit tous les changements d'attitude qu'on lui impose ; cette tumeur est indolente à moins qu'il n'y ait, en même temps, un certain degré d'irritation péritonéale. On complètera cet examen par la mensuration de la cavité utérine au moyen de

l'hystéromètre, qui accuse presque toujours un allongement notable : 8, 10, 15, 20 centimètres, au lieu de 6 à 7, qui est la longueur normale. D'autres fois, au lieu d'une masse unique, assez régulièrement arrondie, on s'aperçoit que l'organe est criblé de noyaux durs qui rendent sa surface inégale et bosselée.

A mesure que la tumeur se développe, elle monte dans l'abdomen, qu'elle finit par remplir et dont elle distend les parois. On se trouve alors en présence d'une masse énorme, saillante en avant, mate à la percussion, dure ou simplement élastique à la palpation ; sa surface est tantôt régulière et lisse, tantôt marquée par des bosselures de dimensions variables. Par l'exploration bimanuelle, rendue plus difficile à cause du volume du néoplasme, on finit par constater que cette masse fibreuse est intimement soudée à la matrice.

D'autres fois, l'examen révèle une hypertrophie considérable de l'utérus, sans tumeurs différenciées au niveau de sa surface péritonéale ; mais, en explorant la cavité utérine, on découvre que l'accroissement de la matrice est dû à la présence de corps fibreux à évolution sous-muqueuse ; il faut pratiquer le toucher intra-utérin ou bien dilater l'organe par des moyens artificiels pour se rendre un compte exact de l'état des lésions. Ces malades ont des hémorragies profuses.

Chez certaines malades, on trouve, dans l'abdomen, une grosse tumeur arrondie ou allongée, très mobile et paraissant indépendante de la matrice. A la faveur d'un examen très attentif, on réussit souvent à constater l'existence d'une pédicule qui relie le fibrome au corps utérin. Il s'agit d'un fibro-myome sous-péritonéal pédiculé, variété qui donne rarement lieu à des hémorragies.

En examinant une femme qui perd abondamment et qui a des coliques utérines, il n'est pas rare de découvrir, comme cause des hémorragies et de la douleur, une tumeur sous-muqueuse pédiculée, un *véritable polype fibreux*. Parfois, le néoplasme fait saillie dans le vagin et il suffit de glisser un doigt dans ce conduit pour savoir à quoi s'en tenir ; ou bien, on trouve le col béant, mais on n'aperçoit aucune tumeur ; il faut dilater la cavité utérine très largement, placer des

écarteurs pour découvrir la source des hémorragies ; quelquefois, sous l'influence des contractions utérines, le polype, qu'on avait vu proéminer dans le vagin, remonte dans la cavité utérine et échappe à tous les regards.

La symptomatologie de ces myomes pédiculés est assez variable : tantôt, il s'agit d'un noyau gros comme une noisette ou une amande, mais qui occasionne des pertes de sang considérables ; tantôt on découvre, au contraire, une énorme masse qui remplit et distend le vagin ; il faut un examen très laborieux pour déterminer les limites du néoplasme et sentir le pédicule qui se cache derrière lui. Ces *énormes polypes*, comme les désigne le professeur Pozzi, sont quelquefois la source d'accidents très fâcheux, tels que le sphacèle et la suppuration ; il en sera question à propos des complications générales de la maladie.

Certaines tumeurs fibreuses du *segment inférieur* ont droit à une mention spéciale ; elles naissent de la portion sus-vaginale du col et se développent sur place, surtout en largeur, s'enclavent dans le petit bassin et bouleversent tous les rapports de la région ; le museau de tanche finit par s'effacer complètement, tandis que les deux feuillets du ligament large se dédoublent pour livrer passage à un prolongement latéral de la masse fibreuse. Par la palpation bimanuelle on trouve le col aplati, les culs-de-sac comblés, méconnaissables : toute la masse est immobile. Nous verrons plus loin que ce type de fibro-myome crée des indications opératoires spéciales.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer plusieurs de ces types cliniques réunis sur le même utérus : nous avons tous vu des myomes interstitiels coïncider avec des tumeurs sous-péritonéales, les unes sessiles, les autres pédiculées ; ou bien des polypes fibreux évoluer à côté de noyaux sous-muqueux petits et gros ; ou, enfin, une grosse tumeur intra-ligamentaire exister en même temps que des nodules encastrés dans les lèvres du museau de tanche.

Marche et pronostic. — Chez la femme encore jeune, le fibro-myome ne paraît avoir aucune tendance à la régression spontanée ; il est même rare de le voir rester station-

naire. En règle générale, le processus poursuit sa marche, la masse fibreuse augmente lentement de volume, elle finit par remplir l'abdomen, dont elle distend les parois en donnant lieu à des phénomènes de compression de plus en plus accusés : douleurs lombo-abdominales par compression des grands plexus nerveux, dyspnée, troubles respiratoires par refoulement du diaphragme, œdème des membres inférieurs par compression des gros troncs veineux, troubles de la miction, de la défécation, etc. Toutefois, les accidents urémiques par compression des uretères sont infiniment plus rares que dans le cancer. En définitive, la progression du mal est lente, et bien des années peuvent s'écouler avant que la vie soit sérieusement menacée. Mais il y a des exceptions, comme nous le verrons en étudiant les complications propres à cette variété de néoplasmes.

D'une autre part, on trouve dans la littérature médicale beaucoup d'observations relatives à des corps fibreux découverts par hasard, à l'occasion d'une exploration motivée par une autre cause, corps fibreux dont le volume, relativement considérable, attestait un début remontant à plusieurs années ; leur présence dans le ventre n'avait donné lieu à aucun trouble appréciable. Nous avons observé un exemple de cette évolution torpide chez une femme de soixante-quinze ans : bien que la tumeur fût grosse comme une tête d'enfant, la malade n'avait jamais accusé le moindre malaise abdominal : ni douleurs, ni tiraillements, pas même une sensation de gêne. Cette femme avait toujours été très bien réglée.

Aux approches de la ménopause, on voit survenir des changements importants. Souvent, la tumeur cesse de s'accroître, elle peut même diminuer de volume dans une certaine mesure, mais il est bien exceptionnel que l'utérus reprenne ses dimensions normales. En même temps que se produit cet arrêt définitif d'accroissement, les hémorragies cessent, les troubles fonctionnels disparaissent à peu près complètement.

Malheureusement, les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi heureuse. Dans un nombre de cas relativement considérable, l'âge critique vient donner comme

un coup de fouet à la maladie et imprime aux symptômes une allure tout à fait inattendue. Brusquement, la tumeur se met à augmenter de volume ; les pertes de sang deviennent profuses, incoercibles même ; la douleur s'aggrave, la santé générale s'altère rapidement, et la malade ne tarde pas à succomber dans le marasme, quand elle n'est pas emportée par une complication intercurrente (embolie, myocardite, congestion pulmonaire, etc.), à moins qu'une intervention opportune ne vienne enrayer les progrès du mal. Quelle est la cause d'un changement si soudain, si inattendu? Les observations publiées ces dernières années nous autorisent à formuler deux hypothèses, qui sont presque des certitudes : 1° il y a transformation sarcomateuse du fibro-myome ; 2° un épithélioma est venu compliquer la situation.

Il ne faudrait donc plus compter sur la ménopause pour obtenir la régression des tumeurs fibreuses et leur transformation en « néoplasie inoffensive ». Et pourtant, de nos jours, il y a encore des praticiens qui se leurrent de ce vain espoir et qui, chose plus grave, font partager leurs illusions à leurs malades. On ne compte plus les exemples de transformation maligne survenant au moment de la ménopause ou après l'établissement de celle-ci ; tous les jours on découvre dans la littérature spéciale des attestations d'auteurs autorisés qui confirment la réalité de cette métamorphose.

Nous reviendrons sur ce point capital en étudiant les accidents et complications des corps fibreux. Toujours est-il que la réputation de tumeur essentiellement bénigne, si généreusement octroyée aux fibro-myomes utérins, ne doit pas être prise à la lettre ; elle n'est méritée qu'en ce qui concerne la non-généralisation du mal et sa non-repullulation après exérèse radicale.

Ajoutons, en terminant, que les tumeurs fibreuses n'attendent pas toujours la ménopause pour subir la transformation maligne.

Accidents et complications. — L'évolution des corps fibreux de l'utérus peut être marquée par des complications qui assombrissent singulièrement le pronostic de la maladie.

Une des plus redoutables est l'*embolie* entraînant la mort subite. On a prétendu que les ponctions exploratrices réitérées jouaient un rôle actif dans la genèse de cet accident en donnant lieu à des thromboses dans les gros troncs veineux de la tumeur.

L'*occlusion intestinale* a été assez souvent signalée ; dans un certain nombre de cas, elle paraît être due à la compression directe du rectum par un myome pelvien enclavé.

L'*urémie* par compression des uretères serait, d'après M. Pozzi, moins rare qu'on ne l'a dit jusqu'à présent. Cette terrible complication a été bien étudiée par Morphy, Lee, Cabot, Pozzi, etc.

L'*ascite*, assez abondante pour pouvoir être cliniquement décelée, est presque toujours l'indice d'une transformation de mauvaise nature. En dehors de cette circonstance, elle passe pour être très rare.

La *péritonite* est, au contraire, assez fréquente, mais de gravité très variable. Souvent il ne s'agit que d'une inflammation chronique et sournoise ayant pour résultat de créer des adhérences entre la surface de la tumeur, la paroi abdominale et les organes du bassin. Elle est généralement méconnue jusqu'au jour de l'opération. Il en est tout autrement de l'infection aiguë de la séreuse, conséquence de la rupture d'une poche purulente (tumeur fibro-kystique) ou de l'ouverture d'un foyer gangréneux infecté (nécrose partielle du néoplasme) : la mort est la terminaison habituelle de ces redoutables accidents.

On a signalé aussi des cas de mort par *résorption septicémique* ou *putride*, sans péritonite, chez des femmes atteintes des corps fibreux en voie de sphacélisation.

Par sa persistance et son intensité, la *douleur* constitue parfois une véritable complication. Ces névralgies pelviennes caractérisent certains fibro-myomes du segment inférieur, qui, par leur accroissement rapide, remplissent le petit bassin et compriment les plexus nerveux de la région. Elles sont tout à fait exceptionnelles chez les porteuses de corps fibreux à évolution abdominale.

Quelques auteurs, Hofmeier, Fehling, entre autres, ont insisté sur la fréquence des *altérations cardiaques* dans les

cas de myomes très volumineux (atrophie brune, dégénérescence graisseuse, etc.) ; il est vraisemblable que ces tumeurs agissent, d'une part, en augmentant la pression vasculaire, de l'autre, en débilitant l'organisme par des hémorragies abondantes et répétées. Toujours est-il que la présence d'une cardiopathie aggrave beaucoup le pronostic, car la mort subite par arrêt du cœur a été signalée dans un nombre de cas relativement considérable.

La *suppuration* des fibro-myomes n'est pas une rareté ; il semblerait qu'elle dût surtout survenir dans les tumeurs en voie de transformation ; cependant on l'a également observée chez des femmes atteintes de fibromes non dégénérés. Quel est le mécanisme de la contamination? Pour les tumeurs sous-muqueuses, on peut incriminer un traumatisme direct (hystérométrie, dilatation et autres manœuvres exécutées sans précautions d'asepsie). Quant à l'infection des corps fibreux interstitiels ou sous-péritonéaux, il faut faire intervenir une inoculation partie de la cavité utérine et transmise par les lymphatiques et par les veines.

La *mortification* des corps fibreux est un accident plus fréquent qu'on ne croit. Comment se produit-elle? C'est ce qu'il n'est pas toujours facile de déterminer. Pour les polypes, rien de plus simple : la nécrose est la conséquence de l'oblitération des vaisseaux du pédicule ; pour les autres formes, l'explication est moins aisée. On a invoqué divers mécanismes : la torsion de la tumeur ou de l'utérus lui-même sur son axe, la thrombose d'un ou plusieurs vaisseaux nourriciers [1], etc. Il est vraisemblable que, dans un grand nombre de cas, cette thrombose est elle-même d'origine microbienne. Toujours est-il que le foyer de nécrose peut rester longtemps aseptique et silencieux ; puis, sous l'influence d'un traumatisme ou de bactéries charriées par le sang et la lymphe, l'infection se déclare, la fièvre s'allume, un abcès se forme, qui finit par perforer les parois de la poche et s'ouvrir dans la cavité péritonéale : une péritonite rapidement mortelle est la terminaison inévitable de cette

1. La mortification et la suppuration des fibromes a été observée, dit M. Hofmeier, chez des vierges authentiques, ne présentant aucune trace d'infection vulvo-vaginale.

terrible complication. Cependant, les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi tragique : on a vu le foyer purulent se faire jour dans la cavité utérine et la collection se vider par le vagin. Nous avons observé un cas de ce genre chez une femme de quarante-cinq ans porteuse d'un gros myome qui occasionnait des pertes horriblement fétides. Au cours de l'hystérectomie abdominale qui fut pratiquée, on reconnut que l'écoulement avait sa source dans la mortification d'un gros myome interstitiel communiquant par un trajet avec la cavité de l'utérus [1].

Nous devons, enfin, signaler une complication extrêmement rare et qui n'est guère mentionnée dans les livres classiques : l'*hémorragie intra-péritonéale ;* elle serait presque toujours produite par la rupture d'une veine superficielle, rupture succédant à un effort violent ou à la torsion d'un corps fibreux pédiculé.

Dans un cas rapporté par WALLACE (de Liverpool) en 1910, l'hémorragie avait été précédée d'une très violente douleur, qui s'était rapidement généralisée à tout l'abdomen. On porta le diagnostic d'hémorragie interne et la malade, une femme de trente et un ans, fut aussitôt laparotomisée. On trouva une collection sanguine libre, fraîchement épanchée et provenant manifestement d'une veine superficielle rompue à la surface d'un fibro-myome de la paroi postérieure de l'utérus (*Brit. med. Journal*).

BRUNNER (de Zurich) a observé un cas analogue chez une femme de quarante-deux ans, atteinte depuis de longues années d'un fibro-myome remontant jusqu'à l'ombilic et jusqu'alors parfaitement indolent. Un soir, la malade fut prise d'une douleur subite, intense, accompagnée de tous les signes d'une hémorragie interne. Laparotomie d'urgence trois heures après l'accident : le ventre ouvert, on constata que le sang épanché provenait de la rupture d'une assez grosse veine qui rampait à la surface du néoplasme (*Corresp. f. Schw. Aerzte*, 1910).

1. Cette importante question a fait le sujet de deux thèses auxquelles le lecteur pourra se reporter : GUÉRY. Études sur la suppuration des fibro-myomes utérins (*Thèse de Paris*, 1901). — BISCH. La gangrène des fibromes non pédiculés (*Thèse de Paris*, 1901).

On ne saurait trop le redire : il s'agit là d'un accident exceptionnel, assurément fort grave, et dont le diagnostic n'est guère possible, du moins jusqu'à nouvel ordre.

D'après WALLACE, il n'existerait, dans la littérature spéciale, qu'une quinzaine de cas authentiques d'hémorragies intra-abdominales.

Nous parlerons plus loin de l'influence réciproque de la *grossesse* et des corps fibreux. Quant aux complications résultant de la *dégénérescence maligne* des myomes, elles ont déjà été étudiées à propos de l'anatomie pathologique ; il en sera de nouveau question au chapitre du *traitement chirurgical*. Ici, nous nous contenterons d'insister sur l'exceptionnelle gravité de ces accidents.

Diagnostic. — Présence, dans la cavité abdominale. d'une tumeur volumineuse, grossièrement arrondie, élastique ou dure, indolente, faisant corps avec la matrice, occasionnant des ménorragies ou des métrorragies intermenstruelles, tels sont les signes principaux sur lesquels on se fonde ordinairement pour affirmer le diagnostic des corps fibreux de l'utérus.

Mais la physionomie clinique de la maladie ne se manifeste pas toujours avec cette netteté ; pour résoudre les difficultés qui peuvent se présenter, il est indispensable de procéder avec méthode et d'étudier le diagnostic aux deux principales phases de l'évolution de ces tumeurs : 1° avant leur sortie de l'excavation pelvienne ; 2° après leur développement dans la grande cavité abdominale.

Occupons-nous d'abord des corps fibreux qui n'ont pas encore quitté le petit bassin. Il nous paraît difficile de prendre une *antéflexion* ou une *rétroflexion* par un petit myome de la paroi antérieure ou postérieure de la matrice ; il suffit d'un peu d'attention pour éviter une aussi grossière erreur ; mais nous n'en dirons pas autant de *certaines salpingo-ovarites chroniques* formant une petite masse arrondie, dure, adhérente, accolée au corps utérin ; la confusion est d'autant plus explicable que les petits fibromes sous-péritonéaux ne s'accompagnent généralement pas de métrorragies. Cependant on aura quelque raison de se prononcer en faveur

de la tubo-ovarite, si la palpation bimanuelle réveille de la douleur, si la mobilité de l'utérus est diminuée ou abolie, en un mot si on trouve des signes de *pelvi-péritonite chronique*. Dans le cas contraire, la différenciation est impossible, et la difficulté ne peut être résolue que par la laparotomie.

Les mêmes considérations sont de mise dans les cas de petites *tumeurs ovariennes adhérentes* ou d'une *grossesse tubaire* au début de son évolution : si la collection liquide est très tendue, si la douleur est peu marquée, si le ramollissement du col est peu évident, la confusion est à peu près inévitable.

Dans un certain nombre de cas, ce sont les métrorragies qui attirent principalement l'attention : à l'examen direct, on trouve l'utérus uniformément hypertrophié ou bien offrant une surface inégale, légèrement bosselée. S'agit-il de petits corps fibreux cachés dans l'épaisseur de la paroi utérine, ou bien a-t-on affaire à une *infection chronique de l'endomètre?* La question n'est pas difficile à résoudre, car la métrite se caractérise par des symptômes qui n'ont rien à voir avec les troubles qu'occasionne l'évolution d'une tumeur fibreuse (gros col ulcéré et suintant, leucorrhée purulente, épaisse, adhérente au museau de tanche, passé blennorragique ou puerpéral, etc.). Il est vrai que la muqueuse de l'utérus fibromateux peut avoir été contaminée ; il faut alors faire la part des troubles qui revient à chaque lésion, et l'on pourra trancher la difficulté en instituant un traitement approprié. « Quant à la *sclérose utérine*, dit M. RICHELOT, la question mérite à peine d'être posée, car elle est l'origine, le substratum des tumeurs fibreuses, et nous n'admettons aucune distinction nosologique entre un utérus scléreux sans fibromes, et le même utérus contenant quelques nodules épars dans sa trame. »

Passons maintenant à l'examen des gros fibro-myomes qui atteignent ou dépassent l'ombilic. Le diagnostic avec les *tumeurs liquides de l'ovaire* n'offre ordinairement pas de difficultés sérieuses. Les grands kystes ovariens forment des collections franchement fluctuantes, élastiques, et l'abdomen de ces malades a un aspect tout à fait caractéristique ;

si la tumeur est uniloculaire, la sensation de flot perçue par la palpation est d'une netteté parfaite ; de plus, on constate l'indépendance complète de l'utérus, dont la cavité a des dimensions normales ; enfin, il n'y a ni ménorragies, ni métrorrhagies inter-mensuelles. Dans l'immense majorité des cas, il est donc réellement impossible de prendre ces affections l'une pour l'autre.

Cependant, chez les femmes porteuses de kystes ovariens multiloculaires, la sensation de flot, le frémissement liquide manque de netteté ou même fait complètement défaut ; par la palpation et par la percussion, on note souvent la présence de parties fluctuantes qui alternent avec des zones indurées, bosselées, molles ; ces kystes ovariques à contenu mixte peuvent simuler les gros fibro-myomes kystiques dont nous avons parlé, et il est de fait, qu'à un examen superficiel, la différenciation est des plus difficiles, impossible même. Néanmoins, en explorant avec soin le petit bassin, on reconnaîtra : 1° que la tumeur est indépendante de la matrice ; 2° que celle-ci n'est pas augmentée de volume ; 3° que le trajet intra-utérin, mesuré avec l'hystéromètre, a une longueur normale ou peu s'en faut. L'absence de métrorragies n'est pas un signe de grande valeur, car on sait que les corps fibreux sous-péritonéaux donnent rarement lieu à des pertes de sang.

Nous laissons de côté le diagnostic avec la *grossesse normale* plus ou moins voisine de son terme — la confusion nous paraît réellement difficile — pour étudier celui des *grosses tumeurs solides de l'ovaire*. Comment distinguer celles-ci des fibro-myomes sous-péritonéaux pourvus d'un pédicule ? Dans les deux cas, la masse néoplasique semble être indépendante de l'utérus ; si le corps fibreux est relié par son pédicule au fond de l'organe, l'exploration bimanuelle permet assez souvent de reconnaître cette particularité et de porter un diagnostic exact. Mais, s'il y a implantation latérale, l'embarras du clinicien est facile à comprendre ; il n'y a que l'hystérométrie qui puisse faire soupçonner la vérité : si la tumeur est un corps fibreux utérin, l'instrument révèlera un agrandissement notable de la cavité de la matrice ; quant à l'absence des métrorragies, elle ne prouve

pas que l'utérus n'est pas en cause ; nous savons, en effet, que ces symptômes manquent très souvent chez les femmes atteintes de tumeurs sous-péritonéales.

Comment distinguer une *grossesse tubaire* avancée d'un cysto-fibrome pédiculé ? L'étude des commémoratifs, l'évolution souvent très caractéristique du kyste fœtal, marquée par de petites poussées hémorragiques qui coïncident avec l'époque présumée des règles, le ramollissement du col, voilà un ensemble de signes qu'il est impossible de mettre sur le compte d'une tumeur fibreuse ; il n'en est pas moins vrai que, chez certaines malades, cette symptomatologie manque absolument de netteté ; c'est à la laparotomie de trancher la question.

Il nous reste à parler des corps fibreux inclus dans le ligament large ; c'est avec les *kystes para-ovariens* que la confusion a été souvent commise ; et il faut avouer que la méprise est inévitable lorsque la tension de la poche ne permet pas de percevoir la fluctuation.

Traitement médical. — On connaît des cas de guérison apparente — arrêt de la tumeur, disparition des principaux troubles — consécutive à des soins purement médicaux ; le fait est incontestable ; mais on aurait bien tort d'en inférer qu'il existe un traitement médical curatif des corps fibreux de l'utérus, car on ne trouve, dans la littérature médicale, pas un seul cas authentique de disparition, de résorption complète du néoplasme survenu dans ces conditions.

Le traitement médical des fibro-myomes utérins ne peut être que palliatif, c'est-à-dire symptomatique ; il permet de lutter avec plus ou moins de succès, et pour un temps plus ou moins long, contre tel ou tel symptôme de la maladie ; il est donc très utile et digne de l'attention du praticien.

Contre le symptôme *métrorragie*, rien ne vaut le repos absolu dans le décubitus dorsal, l'immobilité complète, aussi complète que possible, associés aux *irrigations vaginales faites avec de l'eau très chaude* (à 40°-45°, même 50°), irrigations profuses, prolongées, répétées plusieurs fois par jour, après chaque décharge hémorragique ; et il n'y a pas d'inconvénient à se servir de solutions faiblement antisep-

tiques (permanganate de potasse, eau oxygénée étendue). Malheureusement, ce traitement n'est efficace que tant que la patiente garde la position horizontale et reste immobile ; à la moindre tentative de se lever, de faire quelques pas, même de se tenir assise, le sang repart de plus belle. Le repos rigoureux s'impose donc formellement ; ce qui ne doit pas empêcher le chirurgien de recourir, en même temps, à la *médication hémostatique.* A ce point de vue, on n'a que l'embarras du choix ; les remèdes préconisés sont innombrables, mais de valeur et d'efficacité fort inégales : en réalité, bien peu d'entre eux méritent d'être recommandés.

Un des plus anciens et des plus prônés, le médicament autrefois classique, mais, aujourd'hui, bien déchu de sa vogue — et cela n'est que justice, — est l'*ergot* de *seigle*, employé en injections hypodermiques d'après la méthode de HILDEBRAND. « Malgré le très grand nombre d'observations soi-disant démonstratives, l'effet de cette méthode sur le développement des fibromes n'a jamais été démontré, dit le professeur POZZI. » En revanche, on a signalé plusieurs accidents graves, dont un, assez récent, a été communiqué par M. EBERHARDT (de Cologne) au *Congrès des médecins et naturalistes allemands* tenu à Aix-la-Chapelle en 1900. Après huit jours de traitement, la patiente, une femme de quarante-six ans, fut prise de douleurs expulsives et perdit par le vagin quelques noyaux myomateux sphacélés. Dans l'utérus enlevé par hystérectomie vaginale, on trouva un fibrome sous-muqueux gangréné. En France, la méthode de HILDEBRAND n'a jamais été populaire.

Les autres hémostatiques les plus connus sont : l'*hammamelis virginica*, le *cannabis indica*, le *viburnum prunifolium*, l'*hydrastis canadensis*, la *piscidia erythrina*, la *stypticine*, le *styptol*, l'*adrénaline*. Les résultats publiés sont souvent contradictoires, généralement peu encourageants ; nous croyons toutefois qu'il faut faire une exception en faveur de l'*hydrastis canadensis*.

C'est MAC CLINTOCK, qui, le premier, a mené grand bruit autour de la *teinture* de *cannabis indica*, plus prosaïquement dénommé *chanvre indien ;* il prescrivait cette préparation à la dose de XXX gouttes par jour, prises en 3 fois.

Il n'y a pas de médicament plus infidèle.

On peut en dire à peu près autant du *viburnum* et de l'*hammamelis*, dont voici quelques formules :

Teinture de capsicum................	5 gr.
Teinture d'hammamelis..............	10 —

X à XV gouttes dans un peu d'eau sucrée, trois fois par jour.

Extrait fluide de viburnum prunifolium..	5 gr.
Elixir de garus........................	20 —
Sirop simple...........................	30 —
Eau distillée..........................	160 —

1 cuillerée à dessert toutes les deux ou trois heures, suivant les besoins.

D'après quelques praticiens, la piscidia serait plus efficace ; mais elle agirait plutôt sur l'élément douleur qu'elle n'arrêterait les hémorragies. On peut la prescrire associée au viburnum :

Teinture de piscidia erythrina....	āā 10 gr.
Teinture de viburnum...........	

XXX à XLI gouttes en 24 heures, prises en deux ou trois fois.

La *stypticine* a été surtout vantée par les Allemands ; en France, nous la connaissons à peine. Martin Freund (de Francfort-sur-le-Mein) assure qu'elle agit très bien comme hémostatique et décongestionnant ; le professeur Zweifel (de Leipzig) déclare qu'elle lui a procuré plusieurs succès. C'est une poudre amorphe, jaune, soluble dans l'eau. On l'administre ordinairement sous la forme de tablettes ou de pastilles (les *tabloïdes* des médecins allemands) renfermant chacune 5 centigrammes (0,05) de sel. Il n'est pas prudent de dépasser, sans indication spéciale, la dose de 0,30 centigrammes en vingt-quatre heures. M. Gottschalk l'emploie aussi en injections hypodermiques à la dose de 0,20 centigrammes par centimètre cube de liquide.

Stypticine..........................	1 gr.
Eau distillée stérilisée................	10 —

1 injection de 1 centimètre cube par jour.

Le *slyplol*, encore inconnu en France, est employé en Allemagne depuis 1904. M. V. ELISCHER (de Vienne) dit en avoir obtenu de très bons effets. On le prescrit en pastilles renfermant 0,05 centigrammes de sel. On ne doit pas dépasser 0,20 centigrammes par jour.

Nous devons une mention spéciale à l'*hydrastis canadensis*, médicament très supérieur aux précédents ; il agirait en faisant contracter les vaisseaux ; c'est aussi un très bon stomachique.

En France, les préparations d'hydrastis sont couramment prescrites pour combattre les métrorrhagies des porteuses de fibromes. M. RICHELOT en est très partisan ; M. le professeur POZZI déclare en avoir retiré de bons effets. En Allemagne, M. SCHATZ, M. FALK ont publié des observations dignes d'intérêt. Personnellement, nous avons eu l'occasion de l'employer chez plusieurs fibromateuses, qui en ont retiré un très réel bénéfice. Deux de nos observations méritent d'être retenues, en ce que les métrorrhagies ont été définitivement enrayées sous la seule influence de l'hydrastis administré à des doses assez fortes. L'histoire de ces deux femmes date de plus de trois ans, de sorte que l'on peut parler de guérisons prolongées. Depuis trois ans, plus de métrorragies, règles abondantes mais non ménorragiques, et cependant le corps fibreux est toujours là, aussi gros que lors de notre premier examen, mais il n'empêche pas ces femmes de gagner leur vie en travaillant péniblement. S'agit-il de simples coïncidences ? Nous ne le pensons pas, mais il est vraisemblable que nous avons eu affaire à des fibro-myomes « de bonne volonté », comme dit M. RICHELOT.

Nos autres observations se rapportent à des cas moins favorables, c'est-à-dire que les pertes de sang apparaissaient dès que les patientes cessaient d'être sous l'influence du médicament ; mais elles attestent péremptoirement que cette influence existe, qu'elle est très réelle ; elles prouvent que nous avons à notre disposition un agent hémostatique précieux, capable de rendre de grands services lorsqu'il est manié avec méthode et prudence.

Un fait important à noter, c'est que l'hydrastis paraît plus

efficace contre les corps fibreux à forme ménorragique que métrorrhagique.

L'extrait fluide est peut-être la meilleure manière d'administrer ce médicament :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis... 10 gr.

En prendre XXX à L gouttes dans un peu d'eau sucrée, en deux fois en 24 heures.

On commence, quelques jours avant la date présumée des règles, par prescrire XV gouttes tous les matins ; on continue à la même dose pendant toute la durée de la menstruation ; en cas d'insuccès ou d'effet insuffisant, il ne faut pas hésiter à porter la dose à XX, XXV, XXX et même L gouttes ; on diminue ensuite progressivement jusqu'à cessation complète des pertes.

Parmi les autres préparations du même médicament, on peut retenir les formules suivantes :

1. Extrait fluide d'hydrastis....... 0,25 centigr.
Poudre de seigle ergoté......... 0,20 —

Pour 1 pilule : prendre 2 à 4 pilules par jour.

2. Extrait fluide d'hydrastis......... } ãã 10 gr.
— — d'hammamelis..... }
Acide chlorhydrique pur........... V gouttes

Prendre V à XV gouttes dans un peu d'eau sucrée.

Quelques auteurs ont recommandé l'*hydrastine*, alcaloïde retiré de l'hydrastis canadensis ; c'est une poudre blanche, cristalline, insoluble, que l'on administre à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes par jour.

Il y a encore l'*hydrastinine*, qui est le produit de l'oxydation de l'hydrastine ; on emploie son *chlorhydrate* en injections sous-cutanées :

Chlorhydrate d'hydrastinine..... 0,20 centig.
Eau distillée stérilisée........... 5 grammes.

1 cent. cube de cette solution renferme 0,04 centigr. de sel ; on peut faire sans danger 2 piqûres en 24 heures.

Il ne semble pas que ces préparations soient supérieures à l'extrait fluide, dont nous avons parlé en premier lieu.

Quant à l'*adrénaline*, nous ignorons complètement si elle a été appliquée au traitement des métrorragies et ménorragies d'origine fibromateuse ; malgré d'actives recherches, il nous a été impossible de nous renseigner sur ce sujet.

Quelle est la valeur de la *médication thyroïdienne*, du *bromure de potassium*, de l'*iodure de potassium*, de l'*arsenic*, du *phosphore*, médicaments successivement prônés par les médecins aux abois ?

La *thyroïdine* a été administrée à la dose quotidienne de 0,50 à 1 gramme, par plusieurs gynécologistes français et étrangers, mais avec des résultats contradictoires. Comme il s'agit d'une drogue dangereuse, difficile à manier, et que, d'une autre part, les cures que lui ont attribuées ses partisans les plus enthousiastes ne sont rien moins que merveilleuses, on agira sagement en attendant de nouveaux essais avant de s'aventurer à la prescrire.

Le bromure a été conseillé par Simpson pour calmer les phénomènes douloureux. M. Pozzi fait observer avec raison que « l'usage prolongé de ce médicament pourrait altérer les voies digestives, qu'il est si précieux de conserver intactes ».

On peut en dire autant de l'*iodure de potassium* et de *sodium* ; ces préparations, journellement employées par les praticiens, n'ont jamais amené la résorption d'aucun noyau fibreux, ni diminué de 1 gramme les métrorragies, ni atténué aucune douleur ; mais ils peuvent être utiles aux fibromateuses atteintes d'artério-sclérose, ce qui se rencontre beaucoup plus fréquemment qu'on ne croit.

Quant aux préparations arsenicales, phosphorées, ce sont des agents reconstituants — l'arsenic surtout — qui rendent souvent service aux malades anémiées par les pertes de sang excessives ; mais elles n'ont pas la moindre influence sur la marche du néoplasme.

Après avoir joui d'une vogue véritablement extraordinaire, surtout en Angleterre et aux États-Unis, le *traitement par l'électricité* n'est plus considéré aujourd'hui que comme un pis-aller, un palliatif infidèle, dont les indications sont extrêmement restreintes ; mais toutes les fois qu'elles se

posent, ce traitement peut rendre réellement service aux malades. Aussi sommes-nous loin de partager l'opinion excessive de ceux qui veulent rayer l'électrolyse du nombre des méthodes thérapeutiques applicables à la cure des corps fibreux.

Quelles sont ces indications ? Elles tiennent en peu de mots : tumeur fibreuse unique, petite — guère plus grosse que le poing, — interstitielle, occasionnant des métrorragies abondantes et répétées, chez des femmes d'âge moyen, plutôt près de la ménopause, qui repoussent l'intervention chirurgicale, ou qui se trouvent dans des conditions rendant cette intervention impossible ; on pourrait ajouter : après insuccès complet du traitement hydro-minéral, ou bien impossibilité, pour ces patientes, de se soumettre à ce traitement.

Pour tout ce qui concerne le manuel opératoire, question des plus délicates, le lecteur trouvera les plus utiles renseignements bibliographiques dans le livre de M. POZZI, ainsi que dans le grand traité de *Gynécologie* du professeur VEIT.

Bien d'autres moyens ont été proposés pour combattre les métrorrhagies. M. CHOUPPE aurait retiré de bons effets de l'*antipyrine* administrée sous la forme de petits lavements contenant 1 gramme en solution. Ce sel a également été employé en *injections hémostatiques intra-utérines.* C'est aussi en injections intra-utérines que LACHATRE, en France, et BERTINO, en Italie, ont essayé les solutions aqueuses de *gélatine stérilisée*, méthode, *a priori*, bien périlleuse, lorsqu'on songe que les microorganismes pullulent dans les voies génitales de la femme, et que la gélatine est un excellent milieu de culture pour un grand nombre de bactéries. Mais ce qui est assurément sans danger, c'est le procédé imaginé par M. HOWITZ : la *succion systématique des seins*, pour amener par un mécanisme réflexe les contractions de la fibre utérine !

Le *traitement hydro-minéral* a une efficacité qu'il serait puéril de contester : d'innombrables observations sont là pour attester que les eaux minérales *chlorurées*, *iodurées* et *chlorurées sodiques fortes* ont une action indéniable sur l'évolution de certaines tumeurs fibreuses de l'utérus.

En France, il faut recommander surtout *Salies-de-Béarn* (Basses-Pyrénées) et *Salins* (Jura).

Les eaux de Salies-de-Béarn sont des eaux *chloro-bromo-iodurées sodiques fortes*. On distingue deux sources : celle de *Bayaa* et celle d'*Oraas*. L'eau de Bayaa, qui est la source médicinale par excellence, est surtout riche en chlorures de sodium, de calcium, de magnésium, en sulfates de soude et de magnésie, moins riche en bromures et en iodures. C'est une eau chlorurée sodique forte, bromo-iodurée. Les eaux-mères contiennent du chlorure de sodium, une plus forte proportion de chlorures de potassium, magnésium, lithium, calcium, et surtout une proportion plus forte encore de bromure, iodure de magnésium et de sulfate de magnésie. Ce sont des eaux *bromo-iodurées*.

En combinant ces deux variétés d'eaux, on a un médicament très puissant et qui offre cette particularité d'amener, suivant les cas et la façon dont on l'administre, une sédation parfaite ou une excitation notable.

Au point de vue de leur action, les eaux salées naturelles de Salins sont toniques, reconstituantes et même excitantes ; les eaux-mères bromo-iodurées sont, au contraire, calmantes, sédatives du système nerveux et résolutives des exsudats, etc.

Les eaux de SALINS sont des eaux chlorurées sodiques bromurées fortes. L'eau de source est employée en boisson, à des doses faibles ; mais l'agent essentiel de la cure consiste dans les bains composés de ces eaux chauffées, additionnées d'eaux-mères dans des proportions variables suivant les cas. Aux bains on associe des douches générales, des injections vaginales, rectales, des compresses imbibées d'eaux-mères et appliquées sur l'abdomen.

A l'étranger, les sources thermales les plus recommandables pour la cure des fibro-myomes utérins sont : KREUZNACH (Prusse rhénane), dont les eaux renferment du chlorure de sodium, de calcium, un peu de brome et d'iode ; les eaux-mères contiennent 310 grammes de sels : chlorure de sodium, de calcium, de magnésium, de potassium, de lithium et du bromure de sodium. On prescrit surtout les bains avec les eaux-mères, mais l'*Elisabethquelle* débite de l'eau potable.

RHEINFELDEN (en Suisse), BEX (en Suisse) sont des eaux chlorurées sodiques froides (chlorures de magnésium, de calcium, de potassium, de sodium ; un peu de brome et d'iode). On emploie surtout les eaux-mères, qui sont utilisées en bains et en douches générales et locales.

Traitement chirurgical palliatif. — Il y a des femmes qui repoussent obstinément l'exérèse radicale, ou bien c'est le chirurgien qui n'ose pas y recourir, soit à cause de l'âge avancé des malades, soit parce qu'une tare viscérale rend l'hystérectomie très périlleuse. Dans ces conditions, c'est à une opération palliative qu'on s'adressera pour conjurer les troubles les plus menaçants. On peut associer avantageusement les deux méthodes palliatives, médicale et chirurgicale.

Ligatures atrophiantes. — Ce moyen a été recommandé par plusieurs chirurgiens, notamment en Allemagne par MM. RYDYGIER et GOTTSCHALK ; il ne semble pas avoir procuré de résultats bien encourageants. En France, les tentatives de TUFFIER, de FRÉDET et HARTMANN n'ont pas été beaucoup plus concluantes.

Au point de vue du manuel opératoire, c'est la voie vaginale qui paraît la plus facile et la plus sûre. Incision du vagin autour du col, comme dans le premier temps de la colpohystérectomie, recherche des battements de l'artère utérine à la base des ligaments larges ; celle-ci trouvée, on l'attire dans le vagin et on lie avec soin toutes les branches qui se montrent ; fermeture de la plaie vaginale par quelques points de catgut. Comme on voit, le péritoine n'a pas été ouvert.

Les ligatures par la voie haute, conseillées par RUMPF, sont une opération beaucoup plus compliquée et plus grave. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; après avoir isolé l'intestin et découvert le petit bassin, on incise le péritoine pariétal parallèlement au trajet de l'uretère, au niveau de son bord antérieur ; on arrive alors facilement dans la fossette ovarique, et c'est en ce point que l'artère utérine doit être liée. On termine l'opération en posant aussi des liga-

tures sur les ligaments ronds et sur les artères utéro-ovariennes.

Quelques chirurgiens, BIER, PRYOR, etc., ont conseillé de lier l'hypogastrique au lieu de l'utérine ; mais MM. HARTMANN et FRÉDET ont prouvé que les résultats ne sont pas supérieurs, attendu que la circulation se rétablit par les vaisseaux fessiers.

La méthode de ligatures atrophiantes a donné quelques améliorations sérieuses entre les mains de DELAGÉNIÈRE et surtout de GOTTSCHALK, mais les insuccès sont infiniment plus nombreux. En somme, il s'agit d'un moyen infidèle, quoique peu grave, auquel on pourra recourir dans les cas peu sérieux (petites tumeurs occasionnant des métrorrhagies de moyenne intensité [1]).

Castration ovarienne, opération de BATTEY. — Voilà une opération bien déchue du rang élevé qu'elle occupa un moment dans la thérapeutique chirurgicale des corps fibreux de l'utérus.

Appliquée tout d'abord, en 1876, par l'Américain TRENHOLME à la cure des fibro-myomes, la castration ovarienne a dû sa vogue — assez éphémère d'ailleurs — aux travaux de BATTEY et surtout aux publications de HEGAR et de WIEDOW, qui ont très bien précisé les détails de sa technique. En France, les premières tentatives furent faites par M. DUPLAY, M. SEGOND et M. TERRIER. Mais, nous le répétons, c'est HEGAR qui a été le véritable vulgarisateur de la méthode.

La faveur avec laquelle cette opération fut tout d'abord accueillie s'explique facilement : il suffit de se rappeler la gravité de l'hystérectomie telle qu'on la pratiquait il y a une vingtaine d'années ; l'extirpation par la voie haute équivalait presque à un arrêt de mort ; la voie vaginale elle-même se signalait assez souvent par des séries noires, bien faites pour décourager les plus intrépides, tandis que la nouvelle opération promettait la guérison sans mutilation appré-

1. Pour tout ce qui a trait aux ligatures atrophiantes, lire FRÉDET (*Thèse de Paris*, 1899).

ciable et surtout sans gros risques pour la vie des opérées.

Les choses ont bien changé depuis ; aujourd'hui, l'hystérectomie abdominale ou vaginale, la myomectomie, haute ou basse, sont devenues des interventions presque bénignes, avec des résultats éloignés merveilleux. L'opération de Battey-Hegar est, au contraire, reléguée au dernier rang par la grande majorité des chirurgiens, tant en France qu'à l'étranger, mais plus encore en France que dans les autres pays ; et, en toute sincérité, on ne peut pas dire que cet ostracisme, excessif peut-être, soit tout à fait injustifié. Il n'y a qu'à jeter les yeux sur les nombreuses statistiques publiées depuis dix-huit ou vingt ans, pour constater que la castration ovarienne a menti à presque toutes ses promesses. Les insuccès complets ne se comptent plus ; quant aux guérisons durables — et par là on ne peut entendre que la disparition des troubles fonctionnels et la diminution du volume de la tumeur — elles sont positivement l'exception. Restent les résultats qualifiés de satisfaisants : ils concernent les femmes qui, bien que débarrassées de leurs métrorragies, souffrent encore trop pour pouvoir reprendre leurs occupations ; celles qui perdent encore de temps en temps, mais ne souffrent plus, ou ne souffrent que d'une manière intermittente, etc., sans compter les cas à rechutes après plusieurs semaines ou plusieurs mois d'une guérison, en apparence, définitive ; ce sont peut-être les plus nombreux. Ainsi, on a vu des femmes, dont les hémorragies avaient complètement cessé, dont la tumeur avait décru d'une manière surprenante, être subitement prises de douleurs, présenter des symptômes de compression occasionnés par l'accroissement inattendu de leur néoplasme ; ou bien ce sont des métrorragies formidables qui surviennent au moment où la malade se croyait radicalement guérie.

D'une autre part, on ne peut pas dire que la castration ovarienne soit d'une bénignité absolue ; les statistiques montrent, au contraire, que son pronostic est assez sérieux, plus sérieux même que celui de l'hystérectomie vaginale. Voici quelques chiffres : Bouilly mentionne 3 morts sur 26 cas ; Terrillon, 1 mort sur 5 cas ; Fehling, 4 morts sur 68 cas ; Schauta, 3 morts sur 45 cas ; Schülein, 1 mort sur

9 cas ; SCHWARZENBACH, 3 morts sur 9 cas ; SIPPEL, 0 mort sur 20 cas. Et il ne s'agit pas ici de vieilles statistiques, comme on serait porté à le supposer : celle de SCHWARZENBACH est de 1902, celle de SCHAUTA remonte à 1899, etc. En additionnant, on arrive à un total de 193 cas avec 15 décès immédiats = 7,7 0/0 de mortalité.

Quelle conclusion tirer des faits que nous venons d'exposer ? Que l'opération de BATTEY-HEGAR doit être rayée du nombre des traitements applicables aux tumeurs fibreuses de l'utérus ? Nous ne le croyons pas ; nous pensons, au contraire, qu'elle peut avoir des indications. « Pour être bonne, dit M. RICHELOT, la castration doit être facile. Souvent, en effet, les ovaires et les trompes sont déplacés, collés à l'enceinte pelvienne, enfouis derrière la tumeur ; l'opération est laborieuse, incomplète, et aboutit à l'insuccès thérapeutique, ou même elle est périlleuse. Bref, la question a changé de face, et l'ablation des annexes est, aujourd'hui, descendue au second rang, car nous possédons de nouvelles et merveilleuses ressources. » M. POZZI la considère « comme un palliatif auquel, dans certains cas, on peut avoir recours lorsque l'état général ou local rend une intervention plus radicale trop dangereuse ».

Il y a une autre indication, dont on est bien forcé de tenir compte : l'opinion de la malade, qui ne veut pas qu'on touche à son utérus ; dans ces cas, l'opération de BATTEY apparaît comme la suprême, l'unique ressource pour le chirurgien désemparé.

Dilatation. — *La dilatation isolée* du *col utérin* agirait en provoquant des contractions réflexes du corps de l'utérus, d'où rétrécissement du calibre des vaisseaux. Ce procédé a été surtout recommandé par KALTENBACH, qui ne l'a, d'ailleurs, jamais considéré que comme un expédient.

Il nous semble plus logique de recourir à la *dilatation totale* de la *cavité utérine*. Nous avons appliqué ce traitement à plusieurs malades, et souvent avec succès. Mais, au lieu de nous servir des bougies d'HEGAR, comme le conseille KALTENBACH, nous avons toujours employé les laminaires, c'est-à-dire la *dilatation lente* et *prolongée* dont la technique

a été exposée ailleurs (Voyez *Généralités*). Il faut commencer par une tige assez grêle et arriver rapidement, au bout de cinq ou six jours, à une dilatation suffisante pour admettre l'index. L'effet en est très prompt ; dès la première laminaire, après six à huit heures, l'écoulement sanguin diminue notablement. Au bout de quarante-huit heures, la malade ne perd pour ainsi dire plus que des gouttes.

L'influence de la dilatation persiste de huit jours à plusieurs semaines après l'ablation de la dernière tige. En recommençant l'opération, on peut obtenir des rémissions de plusieurs mois.

Il va sans dire que ce traitement est un pis-aller dans toute l'acception du mot ; mais c'est un pis-aller qui peut rendre véritablement service. Sa bénignité est absolue, *si l'on a été rigoureusement aseptique.*

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les insuccès complets ne sont pas rares.

Curettage. — D'une manière générale, on peut dire que c'est un très mauvais palliatif, qui a souvent produit le contraire de l'effet espéré. Il est surtout inefficace : on a vu des fibromateuses continuer de perdre après plusieurs râclages de leur cavité utérine. On doit à la vérité de dire que quelques chirurgiens s'en sont, quelquefois — très rarement — bien trouvés ; il s'agissait vraisemblablement de *végétations polypoïdes de la muqueuse hyperplasiée*, cause de l'écoulement sanguin, et dont l'ablation par la curette fut suivie de la cessation des hémorragies. RICHELOT a, depuis longtemps, attiré l'attention sur les bons effets du curettage pratiqué dans ces conditions, *mais seulement dans ces conditions.*

La technique de ce curettage n'offre rien de spécial. Le grattage terminé, il est d'usage d'administrer une injection intra-utérine faiblement antiseptique pour entraîner les caillots et autres débris. Quelques chirurgiens trouvent bon d'achever l'opération par une injection caustique (chlorure de zinc, perchlorure de fer, teinture d'iode, etc.) ; il ne faut pas oublier que, chez ces malades, les oviductes sont souvent très dilatés, d'où reflux possible du liquide dans le péritoine, suivi d'accidents plutôt sérieux.

Que penser des chirurgiens qui ont conseillé la *section bilatérale du col*, l'*incision simple de la capsule fibreuse*, les *scarifications intra-utérines ?*

En vertu de quel mécanisme ont-ils pu espérer que de pareils procédés pourraient avoir une influence quelconque sur l'évolution des corps fibreux ? En France, on n'a pas encore éprouvé le besoin de recourir à de semblables expédients. Hâtons-nous d'ajouter qu'à l'étranger même, la section bilatérale du col et les scarifications intra-utérines ne comptent pas non plus beaucoup de partisans.

En terminant, rappelons encore que les métrorragies des corps fibreux ont été traitées par les *injections caustiques* de chlorure de zinc, d'acide chromique, de teinture d'iode, etc., ainsi que par la méthode de l'*ébouillantement* (*atmocausis*). Tous ces moyens sont infidèles, dangereux même : nous croyons devoir les proscrire de la manière la plus formelle.

Traitement curatif. — C'est le traitement chirurgical, celui qui réalise l'exérèse de la tumeur, avec ou sans le sacrifice de l'organe de la gestation.

La chirurgie dispose de deux voies pour faire l'ablation de l'utérus fibromateux : la *voie vaginale* ou *voie basse*, et la *voie abdominale*, *sus-pubienne* ou *voie haute*.

Nous allons passer successivement en revue les très nombreux procédés — par la voie basse ou par la voie haute — recommandés par les auteurs ; nous terminerons par l'étude des indications et par la critique des différents procédés et méthodes.

OPÉRATIONS VAGINALES. — Les unes sont franchement radicales, elles réalisent l'ablation totale ; les autres sont plus ou moins conservatrices.

POLYPECTOMIE. — C'est un procédé conservateur par excellence, puisqu'il consiste dans l'extirpation pure et simple de la tumeur, l'utérus restant à sa place.

Cette opération est d'une exécution fort simple. La malade étant endormie et placée dans la position de la taille, tandis qu'un aide maintient les parois du vagin écartées au moyen

de deux valves, une antérieure et une postérieure, le chirurgien saisit le col avec une pince-érigne et l'attire à la vulve en même temps que le polype ; après avoir examiné la tumeur, son pédicule, et exploré la cavité utérine, on applique sur le polype une pince à traction qui le saisit solidement, et on lui imprime un ou plusieurs mouvements de rotation autour de son axe, de manière à déterminer la rupture du pédicule par torsion ; on peut abréger les manœuvres en sectionnant ce pédicule d'un coup de ciseaux. L'opération est terminée ; on administre une injection vaginale faiblement antiseptique, et, dans le vagin, on place une mèche de gaze stérilisée.

Il est bien rare que la rupture du pédicule donne lieu à une hémorragie ; dans ce cas, on arrêterait le sang en bourrant la cavité utérine avec une mèche de gaze imbibée d'eau oxygénée.

Il peut arriver que le pédicule renferme de gros vaisseaux, ce qui est exceptionnel ; il faut alors le saisir avec une solide pince-longuette avant de le sectionner, et la pince est laissée à demeure pendant quarante-huit heure .

On se trouve quelquefois en présence de cas plus sérieux. La tumeur est un de ces *énormes polypes utérins* décrits par le professeur Pozzi, il remplit tout le vagin, et son pédicule est inaccessible ; on en aura raison par le morcellement ; ou bien le fibrome est sphacélé, infiltré de pus, et la femme est en pleine infection. Nous avons eu l'occasion de soigner un cas de ce genre ; la tumeur, complètement mortifiée, était tellement volumineuse qu'il fallut, pour pouvoir l'extraire, non seulement la morceler, mais encore débrider la cloison recto-vaginale sur une longueur de plusieurs centimètres. La malade finit par guérir.

Dans ces cas graves, après l'ablation du néoplasme, on doit lutter contre l'infection ; le curettage de la cavité utérine s'impose, curettage suivi d'une cautérisation énergique au chlorure de zinc. Les jours suivants, si la température reste élevée, on fera des injections intra-utérines avec de l'eau oxygénée étendue, une ou deux fois par jour ; dans l'intervalle, la cavité de l'organe restera tamponnée avec une gaze antiseptique. Nous insistons sur tous ces détails, car

c'est au prix des soins les plus minutieux qu'on aura quelques chances de sauver la malade. Tous les auteurs ont signalé la gravité des gros polypes mortifiés et infectés ; dans certains cas exceptionnellement graves, l'utérus lui-même, infiltré de pus, doit être sacrifié. Néanmoins, nous devons ajouter que ces énormes tumeurs sont assez rares ; en général, le volume du polype ne dépasse pas la grosseur d'une mandarine et son extirpation s'effectue sans incidents sérieux.

MYOMECTOMIE VAGINALE. — Il n'y a pas lieu d'insister sur la technique de l'extirpation des petits noyaux fibreux compris dans les lèvres du museau de tanche ; rien de plus simple que de les énucléer après incision de la muqueuse qui les recouvre. Ces petites interventions sont d'une innocuité absolue.

Il en est tout autrement de l'énucléation des gros myomes qui font saillie dans la cavité du corps utérin ; c'est à cette opération qu'on doit réserver le nom de myomectomie.

Imaginée par VELPEAU en 1833, cette opération fut exécutée pour la première fois en 1840 par AMUSSAT, dont elle a gardé le nom. Après avoir joui d'une vogue assez éphémère, due à l'initiative de LISFRANC, de MAISONNEUVE, de BOYER, la myomectomie fut vite délaissée à cause de nombreux revers occasionnés par la septicémie. En Allemagne, en Angleterre, aux États-Unis, elle fut successivement prônée, puis proscrite pour les mêmes raisons.

Les premiers opérateurs se bornaient à enlever les myomes franchement sous-muqueux ; ils faisaient la myomectomie par énucléation pure et simple ; puis, encouragés par les succès d'EMMET (1874), ils osèrent recourir au morcellement des tumeurs trop grosses pour pouvoir être enlevées en blocs intacts. En France, c'est PÉAN [1] qui a été l'initiateur et le vulgarisateur de la méthode du morcellement, et sa technique fut adoptée par la majorité des chirurgiens français (1883-1886). Les nombreux succès qu'il publia attirèrent de nouveau l'attention sur les avantages de la voie

1. Voyez SECHEYRON, Traité de l'hystérotomie (*Thèse de Paris*, 1888).

basse. Cette réhabilitation ne fut pas de longue durée, et l'opération d'AMUSSAT ne tarda pas à être supplantée par l'hystérectomie vaginale.

Il y a quelques années, en 1900, le professeur SEGOND a essayé de la remettre en honneur en apportant quelques perfectionnements à la vieille méthode de PÉAN : la thèse de son élève DARTIGUES [1] est un éloquent panégyrique des opérations conservatrices en général et de la myomectomie vaginale en particulier. Il n'en est pas moins certain que cette tentative de rajeunissement n'a pas réussi à arrêter le courant qui entraîne aujourd'hui les chirurgiens à préférer les interventions par la voie abdominale.

Voici la technique généralement employée : la malade est placée dans la position dorso-sacrée ordinaire ; un aide maintient les parois du vagin fortement écartées au moyen de deux valves appliquées en avant et en arrière ; le col est alors saisi sur chaque lèvre par une pince de MUSEUX, abaissé et amené à la vulve ; le chirurgien le sectionne aux ciseaux, au niveau des commissures jusqu'à l'isthme et même au delà ; si les grosses branches de l'utérine sont intéressées, la plaie utérine saigne abondamment ; rien de plus facile que d'arrêter l'hémorragie en pinçant soigneusement tous les vaisseaux qui donnent. La section bilatérale du col une fois faite, on écarte, en avant et en arrière, chaque lèvre sectionnée, ce qui a pour effet de découvrir largement la cavité utérine. Avant de procéder à l'extraction des tumeurs, il faut explorer cette cavité avec le plus grand soin, reconnaître avec le doigt les myomes superficiels, pratiquer, au besoin, la palpation bimanuelle afin de se rendre très exactement compte de la conformation de la tumeur, des connexions de l'utérus, flanqué de ses corps fibreux. Nous recommandons surtout au chirurgien de ne pas se presser et de s'abstenir de toute brutalité. L'exploration terminée, on commence par énucléer et enlever les noyaux les plus superficiels et les plus accessibles, on passe ensuite au traitement des grosses masses solidement engagées dans le parenchyme utérin. Le professeur SEGOND se sert d'un

1. DARTIGUES, Chirurgie conserv. dans le trait. des fibromes (*Thèse de Paris*, 1901).

tire-bouchon qu'il plonge dans la tumeur pour la fixer, et d'un couteau à double tranchant avec lequel il morcelle le néoplasme et le réduit en petits fragments qu'il enlève au fur et à mesure. Au cours de ces manœuvres, la plus grande circonspection est nécessaire pour éviter la perforation de la paroi utérine ; aussi faut-il redoubler de prudence à mesure que l'utérus se vide de ses tumeurs. Pendant toute la durée de l'opération, le sang coule en abondance ; il faut éponger continuellement, arrêter par la compression l'hémorragie en nappe, pincer les artérioles qui donnent, etc. La myomectomie terminée, on administre une injection intra-utérine à l'eau oxygénée étendue, pour entraîner les caillots et les débris fibreux qui encombrent le champ opératoire. Il faut encore vérifier l'hémostase, lier les vaisseaux qui saignent ou bien laisser des pinces à demeure, ce qui fait gagner du temps. Pour prévenir toute hémorragie secondaire, tamponnement de la cavité utérine avec des lanières de gaze stérilisée simple ou imbibée d'eau oxygénée, que l'on tassera avec une certaine force. Dans le vagin, une mèche de gaze iodoformée. Il y a des chirurgiens qui s'abstiennent de réunir les commissures ; nous croyons que c'est une faute ; avec MM. Pozzi et Richelot, nous conseillons, au contraire, de restaurer le museau de tanche au moyen de sutures très soignées avec du gros catgut.

L'opérée est replacée dans son lit, la tête basse, les jambes légèrement écartées et fléchies sur le bassin. Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures en même temps que les mèches intra-utérines ; on administre une injection tiède avec la sonde de Doléris, et de nouvelles lanières de gaze stérilisée sont introduites avec précaution dans la cavité utérine ; ce pansement doit être renouvelé tous les deux jours, tant que le trajet intra-utérin est facilement perméable ; plus tard, on se contentera de tamponner simplement le vagin. La malade pourra quitter son lit vers la fin de la troisième semaine, quelquefois beaucoup plus tôt.

Parmi les accidents qui peuvent survenir au cours de la myomectomie, il faut retenir l'*hémorragie*, la *perforation de l'utérus*, l'*inversion utérine*, l'*infection*.

L'hémorragie primitive, se produisant pendant les ma-

nœuvres du morcellement, est rarement sérieuse ; il est assez facile d'en avoir raison par le pincement des vaisseaux qui saignent et par le tamponnement compressif de la cavité utérine. Quant à l'hémorragie secondaire, celle qui survient à l'occasion des pansements ou dans l'intervalle de ceux-ci, elle est encore plus rare : il faut enlever prestement les mèches, administrer une injection chaude avec de l'eau oxygénée étendue, puis bourrer la cavité de la matrice avec des mèches de gaze stérilisée, que l'on tasse énergiquement, mais sans brutalité ; il est rare qu'on découvre le vaisseau qui donne du sang, d'autant plus qu'il s'agit presque toujours d'un suintement en nappe, qui cède facilement à la compression.

La perforation de la paroi utérine est une complication assez grave, mais qui n'est pas fatalement suivie de l'infection du péritoine. Beaucoup de chirurgiens se contentent de fermer la solution de continuité par des sutures et de drainer avec soin la cavité de l'utérus. Le professeur SEGOND estime qu'il est plus prudent de recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale : c'est la conduite qu'il a suivie chez deux de ses opérées de myomectomie, et il a eu la satisfaction d'enregistrer deux guérisons parfaites.

On a beaucoup exagéré la gravité de l'*inversion* de l'utérus déterminée par les tractions excessives au cours du morcellement ; l'opération terminée, il est presque toujours possible de réduire sans difficulté sérieuse le retournement de l'organe. Pour le professeur SEGOND, l'inversion devrait être considérée comme un temps de l'opération, car elle faciliterait les manœuvres de l'énucléation.

C'est la *septicémie* qui assombrissait le pronostic des premières myomectomies ; aujourd'hui, cette complication tend à disparaître de nos statistiques ; elle n'est à redouter que dans les myomectomies exceptionnellement laborieuses et de trop longue durée.

Enfin, on doit également considérer comme une complication, ou, tout au moins, comme un incident fâcheux, l'obligation dans laquelle on peut se trouver d'achever l'opération par le sacrifice de la matrice : il s'agit là d'une éventualité qui mérite toute l'attention du chirurgien. Deux cas

peuvent se présenter : 1° l'ablation des myomes a occasionné dans les parois utérines des délabrements tels qu'il y a tout lieu de craindre l'élimination d'une partie de l'organe par mortification ; 2° le chirurgien s'aperçoit qu'il lui est matériellement impossible d'achever l'énucléation de toutes les masses fibreuses qui criblent les parois de la matrice. Quelle est la conduite à tenir en pareil cas ? Quelques opérateurs allemands ont conseillé de laisser les choses en place et d'attendre l'élimination spontanée des myomes partiellement dilacérés. En France, MM. Richelot, Pozzi ont insisté avec raison sur les dangers d'une semblable détermination ; à leur avis, il n'y a qu'un parti à prendre : enlever séance tenante l'utérus par hystérectomie vaginale.

Résultats. — Les premières tentatives furent très meurtrières, et la plupart des décès étaient dus à la septicémie ; en voici quelques exemples : statistique recueillie par M. Pozzi en 1875 : 16 morts sur 64 cas = 25 0/0 de mortalité ; statistique publiée par Gusserow en 1885 : 51 morts dans une série de 154 myomemitoces ; statistique rapportée par Lomer en 1883 : 18 décès sur 112 cas.

Depuis quelques années, les résultats communiqués par les chirurgiens sont beaucoup plus satisfaisants :

1890. Léopold..............	28 cas	0 mort
1899. Chrobak..............	97 —	4 —
1901. Second...............	25 —	1 —
1902. Martin...............	52 —	2 —
1903. Wertheim-Knapp......	20 —	1 —

Variantes de la myomectomie vaginale. — Il y a d'abord la *myomectomie transvaginale*, qui consiste à ouvrir les culs-de-sac vaginaux pour aborder des corps fibreux superficiels du segment inférieur de l'utérus. C'est Czerny qui a été l'initiateur de cette opération ; elle a été aussi recommandée par Dührssen et par A. Martin.

Si la tumeur est située en avant, on fait une *colpotomie antérieure*, comme s'il s'agissait de commencer une hystérectomie vaginale ; mais l'ouverture du péritoine est facultative et dépend du siège et de la grosseur du myome ; assez

souvent, on est obligé de pratiquer l'*incision sagittale* du col pour faciliter l'énucléation ou le morcellement de la masse fibromateuse. Dans le cas de myome postérieur, il faudra ouvrir le Douglas, avec ou sans incision sagittale de la paroi cervicale postérieure. La tumeur est-elle latérale ? On l'abordera à travers le paramétrium, après avoir incisé transversalement ou verticalement le cul-de-sac latéral correspondant. Tous les chirurgiens conseillent la plus grande prudence à cause du voisinage de l'uretère et de l'artère utérine.

L'opération terminée, on fermera avec soin les loges débarrassées de leurs fibromes ; l'hémostase sera assurée par des ligatures ou par la forcipressure à demeure ; enfin, on réunira la plaie vaginale sans oublier d'établir un bon drainage. Si le col a été sectionné, on ne manquera pas d'affronter les surfaces cruentées par des points séparés avec du gros catgut. Dans le vagin : une grande lanière de gaze iodoformée ou salolée.

Quoi qu'en disent ses rares admirateurs, les indications de cette opération sont tout à fait exceptionnelles ; cependant nous ne saurions approuver ceux qui ont voulu la proscrire sans réserve ; il nous semble qu'elle pourrait rendre service dans certains cas de petits fibromes du segment inférieur que leur siège rend plus facilement abordables par cette voie ; on pourrait également y recourir en cas de refus formel opposé par la malade à une intervention abdominale [1].

On peut en dire autant de la *myomectomie par la voie périnéale*, que SÄNGER a employée en 1890 pour aborder des myomes postérieurs et inférieurs. Technique résumée : incision de 12 centimètres, transversale, allant d'un ischion à l'autre ; dédoublement de la cloison recto-vaginale avec les doigts ; découverte et morcellement de la tumeur. Réunion et drainage soigné. M. POZZI pense que cette opération pourrait rendre service dans le cas de corps fibreux sphacélé et infecté [2].

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — On admet généralement que

1. DÜHRSSEN (*Centralb. für Chirurgie*, 1899, p. 571). — D'HERBÉCOURT (*Thèse de Paris*, 1900).
2. SÄNGER (*Archiv für Gyn.*, 1890, t. XXXVII).

la première colpo-hystérectomie pour fibrome fut exécutée sur le vivant par KOTTMANN (de Soleure) en 1881.

En France, l'opération a été vulgarisée par PÉAN à partir de 1882. Les succès obtenus par ce chirurgien engagèrent aussitôt une foule d'opérateurs à entrer résolument dans la même voie ; immédiatement après lui, il convient donc de citer les tentatives de TERRIER, de RICHELOT, et, en Allemagne, celles de MARTIN, de SÄNGER et de LÉOPOLD [1].

Il existe un nombre considérable de procédés plus ou moins originaux ; nous ne retiendrons que les plus importants.

Procédé de RICHELOT-BOUILLY-SECOND. — Incision du vagin autour du museau de tanche ; décollement de la paroi vaginale et refoulement de la vessie ; recherche des artères utérines à la base des ligaments larges et pincement préventif de ces vaisseaux.

« Il s'agit maintenant de se frayer un chemin vers les loges qui contiennent les fibromes, par discision bilatérale du col, avec ou sans résection des deux lèvres. La voie est agrandie par l'hémisection médiane, mais avec prudence, afin d'éviter la blessure de la vessie ; chemin faisant, on rencontre le cul-de-sac du péritoine et on l'ouvre. Souvent de petits noyaux fibreux apparaissent qui s'énucléent facilement. Quand on a ainsi déblayé le terrain, la masse utérine, déjà dégrossie, peut être saisie à droite et à gauche avec des pinces à traction qui attirent les parois musculaires, pendant que l'opérateur ouvre la loge de la tumeur principale et en commence l'évidement, s'il y a lieu. A l'aide de ciseaux courbes, d'un long bistouri et de fortes pinces, on creuse la tumeur, on arrache les fragments, et bientôt la matrice vidée, transformée en une poche flasque, s'énuclée d'elle-même à travers la plaie vaginale.

« Souvent les choses ne marchent pas si couramment. Entre les pinces qui tirent et l'écarteur qui soulève et qui repousse, une véritable lutte s'établit, et, comme les bords

1. Pour l'historique et la description détaillée du manuel opératoire, voir l'hystérectomie vaginale appliquée à la cure du cancer (p. 493).

de la plaie utérine sont minces et friables, il se produit des déchirures et la paroi échappe au chirurgien. Il faut la ressaisir à l'aide d'une pince-érigne guidée par le doigt ; avec de la patience et du sang-froid, on arrive toujours au but, en combinant à propos l'hémisection médiane, l'énucléation et le morcellement. L'utérus ayant basculé, on achève de l'extraire et on assure l'hémostase définitive. »

Quant aux annexes, on leur appliquera le traitement qui conviendra aux lésions qu'elles présentent. Si elles sont saines ou légèrement scléro.ées, il vaut mieux les respecter ; mais dans le cas de tubo-ovarite suppurée, l'ablation totale s'impose. La technique de cette extirpation, qui est fort délicate, sera décrite à propos de l'hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite (Voyez *Salpingite*). Souvent on se trouve en présence d'ovaires scléro-kystiques, qui réclament une thérapeutique conservatrice (ignipuncture, résection, salpingostomie, etc.).

Procédé de DOYEN. — Incision circulaire autour du col, décollement de la vessie poussé aussi loin que possible ; incision de la paroi antérieure de la matrice par deux coups de ciseaux divergents, de façon à tailler un V à pointe inférieure. Cela fait, le chirurgien procède au morcellement de ce lambeau par fragments losangiques (hémisection médiane losangique), de sorte qu'il se trouve bientôt en présence d'une vaste plaie renfermant les fibromes. On pratique alors l'évidement de la masse au moyen de divers instruments (ciseaux, cylindres tranchants, bistouris, pinces coupantes, etc.) ; on emploie aussi l'arrachement des noyaux, etc. Au bout d'un temps plus ou moins long suivant le volume de la tumeur, le fond de la matrice bascule en avant ; il ne reste plus qu'à assurer l'hémostase des ligaments larges par la forcipressure à demeure.

Procédé de QUÉNU. — Large incision médiane pour découvrir les fibromes, qui sont enlevés en bloc, par énucléation, car M. QUÉNU condamne le morcellement.

Soins consécutifs. — Nous les avons longuement décrits

au chapitre des *Généralités ;* nous en parlerons encore à propos de la colpo-hystérectomie pour cancer (Voyez p. 565).

Résultats et pronostic. — Appliquée à la cure des fibromes, bien indiquée et bien faite, la colpo-hystérectomie est une des interventions les plus bénignes de la chirurgie de l'utérus (Richelot). Les statistiques suivantes ne font que fortifier l'appréciation qui vient d'être formulée :

1902.	Richelot..........	139 cas	5 morts
1898.	Segond............	160 —	24 —
1901.	Bouilly............	22 —	1 —
1897.	Schwartz..........	27 —	1 —
	Doyen.............	33 —	1 —
1898.	Léopold...........	100 —	3 —
1900.	Schauta...........	191 —	8 —
	D. de Ott.........	187 —	4 —
1899.	Doederlein........	33 —	0 —
1898.	Bumm..............	24 —	0 —
1904.	A. Martin.........	35 —	0 —

On a signalé un certain nombre d'accidents et de complications dont la fréquence a beaucoup diminué depuis que la technique de l'hystérectomie vaginale est mieux connue des chirurgiens ; le soin qu'on prend de s'entourer de toutes les précautions commandées par l'asepsie n'a pas moins contribué à améliorer le pronostic de cette belle intervention.

Il est bien rare aujourd'hui d'avoir à combattre une *hémorragie sérieuse* au cours de l'opération ; très rares aussi les hémorragies résultant du déclenchement d'une pince ou de la chute d'une ligature ; quant aux *suintements tardifs* dus à l'élimination d'une eschare, on en aura facilement raison par le tamponnement méthodique du vagin. Nous avons déjà parlé des hémorragies qui peuvent survenir le jour de l'ablation des pinces.

Les lésions de la *vessie*, du *rectum*, de l'*uretère*, autrefois assez fréquentes, ne s'observent aujourd'hui que dans des cas exceptionnellement défavorables, lorsque les tumeurs, par leur nombre, leur siège insolite, leur configuration, les adhérences qu'elles ont contractées avec les parties voisines, ont profondément modifié les rapports normaux de la région.

De toutes ces complications possibles, la *septicémie* est la plus grave, celle avec laquelle le chirurgien doit encore sérieusement compter, car on peut dire qu'elle est aujourd'hui la seule cause de mort post-opératoire.

OPÉRATIONS ABDOMINALES. — Il faut distinguer : 1° les interventions partielles, conservatrices, ou *myomectomies*, par lesquelles on se contente d'enlever la ou les tumeurs, sans sacrifier l'organe de la gestation ; 2° les méthodes radicales, les *hystérectomies*, qui ont pour but la suppression complète de l'utérus avec ses fibromes.

MYOMECTOMIE ABDOMINALE. — Les premières ont été exécutées par SPENCER WELLS (1863) et par SPIEGELBERG (1874) ; mais, jusqu'en 1890, cette opération demeura à peu près oubliée. C'est M. A. MARTIN (de Berlin) qui a eu le mérite de la remettre en honneur, d'en préciser la technique, en un mot, de la vulgariser en Allemagne, d'où elle ne tarda pas à être importée dans notre pays.

Au *Congrès de Gynécologie* tenu à Amsterdam en 1899, plusieurs chirurgiens, TREUB et ENGSTROEM entre autres, prouvèrent, par d'importantes statistiques, que la myomectomie abdominale était une des plus précieuses conquêtes de la gynécologie contemporaine.

En France, cette opération a eu surtout pour défenseur M. TUFFIER, dont on n'a pas oublié la retentissante communication faite à la *Société de Chirurgie*, en juillet 1900 : « Je crois que l'heure est arrivée, disait-il, d'enrayer le mouvement hystérectomiste au profit de la conservation, et qu'au prochain Congrès, au lieu de nous apporter le chiffre formidable de milliers d'hystérectomies à opposer à quelques centaines d'énucléations péniblement rassemblées dans dix années de littérature médicale, nous verrons la proportion exactement renversée. »

Les prévisions de M. TUFFIER ne se sont malheureusement pas encore réalisées.

Manuel opératoire. — La dilatation préalable de la cavité utérine et sa désinfection minutieuse s'imposent dans tous les cas, car l'énucléation des masses fibreuses entraîne sou-

vent l'ouverture de cette cavité, d'où la nécessité d'établir un drainage utéro-vaginal.

Inutile d'insister sur tous les autres détails de la préparation de la malade.

La femme est installée dans la position de TRENDELENBOURG. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; le péritoine une fois ouvert, l'importance des manœuvres dépendra du volume et surtout du siège de la ou des tumeurs, ainsi que du nombre et de la solidité des adhérences, s'il y en a. Après avoir placé la valve de DOYEN dans l'angle inférieur de la plaie et isolé convenablement l'intestin au moyen de compresses stérilisées, le chirurgien attire entre les lèvres de l'incision pariétale l'utérus flanqué de ses tumeurs.

S'agit-il d'enlever un myome pédiculé ? Rien n'est plus simple : il suffira de placer une solide ligature sur le pédicule et de sectionner celui-ci à 2 centimètres au-dessus du fil. On peut aussi circonscrire le pédicule par une incision elliptique et exciser son point d'implantation aux dépens de la paroi utérine ; on fermera ensuite la petite plaie par quelques sutures avec du catgut. Cette dernière manière garantit mieux contre la repullulation.

Si la tumeur est un myome sous-péritonéal sessile, la technique de l'énucléation est aussi très simple. On commence par faire une incision médiane parallèle au grand axe du corps fibreux et intéressant toute l'épaisseur du tissu utérin qui le recouvre ; puis, avec le doigt ou avec une spatule, on dégage le néoplasme de sa capsule conjonctive : en général, l'énucléation s'effectue facilement et sans effusion de sang, lorsque les tumeurs sont médianes. Mais, si le néoplasme est intimement soudé au tissu utérin, on n'en aura raison que par le morcellement au moyen d'une pince à traction et de ciseaux courbes.

Cependant, les choses ne se présentent pas toujours d'une manière aussi favorable. L'énucléation des gros myomes interstitiels est relativement aisée lorsqu'ils sont médians et pourvus d'une gaine conjonctive. On n'en saurait dire autant des tumeurs interstitielles latérales, surtout de celles qui adhèrent au parenchyme de la matrice : l'extraction par morcellement entraîne des lésions vasculaires, d'où inonda-

tion du champ opératoire et nécessité d'éponger continuellement, ce qui prolonge la durée de l'intervention ; les difficultés peuvent devenir très sérieuses si l'on a affaire à un utérus farci de fibromes et sillonné de gros plexus veineux ; il peut arriver que l'extirpation de tous les noyaux réduise la matrice à une véritable loque sanglante qu'on n'a plus aucun intérêt à conserver ; dans ces cas, le chirurgien avisé doit prévoir l'insuccès de la myomectomie et abréger la durée de l'acte opératoire en procédant, séance tenante, à l'hystérectomie totale.

L'extirpation de tous les corps fibreux achevée, on a sous les yeux une ou plusieurs cavités qui donnent relativement peu de sang, car la tonicité du muscle utérin assure jusqu'à un certain point l'hémostase ; dans le cas contraire, on liera avec soin tous les vaisseaux sectionnés, et, après avoir débarrassé ces cavités des caillots et des débris fibreux qu'elles contiennent, on les fermera par des sutures étagées au catgut. Si l'énucléation d'une des tumeurs a occasionné l'ouverture de la cavité utérine, avant de fermer la poche, on la drainera au moyen d'un tube de caoutchouc qu'on fera ressortir par le vagin, à travers le museau de tanche. Dans le vagin, une mèche de gaze iodoformée.

Les soins consécutifs se réduisent à peu de chose. La malade gardera le décubitus dorsal pendant une quinzaine de jours. Le drain sera retiré au bout de quarante-huit heures. Sauf indication contraire, on ne donnera pas d'injections vaginales avant le huitième jour. *Exeat* à la fin de la quatrième semaine.

Résultats. — En 1890, A. Martin (de Berlin) signalait 18 morts sur 96 myomectomies. Depuis, le pronostic s'est sensiblement amélioré, comme le prouvent les chiffres suivants :

1899. Engstroem	180	cas	8	morts
1899. Treub	11	—	0	—
1899. Heinricius	65	—	2	—
1900. Schauta	29	—	5	—
1902. Schwarzenbach	87	—	13	—
1902. Tuffier	34	—	0	—
1904. Winter	451	—	0	(Statistique collective de plusieurs opérateurs.)

Indications générales. — L'accord est loin de régner parmi les chirurgiens sur cette importante question. D'un côté, il y a les partisans enthousiastes, TREUB, TUFFIER, SEGOND, ENGSTROEM entre autres, qui considèrent la myomectomie — abdominale ou vaginale — comme le traitement de choix des tumeurs fibreuses, même chez les femmes qui ne sont plus très jeunes ; ils font surtout valoir l'immense avantage de la conservation de l'utérus et de la possibilité de la fécondation ; on doit reconnaître que cet argument a une valeur considérable. Dans le camp opposé, nous trouvons cependant les noms autorisés de OLSHAUSEN, de HENKEL, de WINTER, de FRITSCH, de THORN, pour ne citer que les plus connus. Tout en admettant qu'elles peuvent rendre de réels services lorsque les opérées sont jeunes, ces chirurgiens reprochent aux myomectomies : 1° d'être au moins aussi graves que les hystérectomies totales ; 2° de laisser les opérées exposées à tous les risques de la repullulation et de la transformation maligne ; 3° enfin, ils font observer que les grossesses ultérieures sont moins fréquentes que ne l'ont avancé les défenseurs de la méthode.

En France, si nous en exceptons MM. TUFFIER et SEGOND, ces interventions partielles inspirent une assez médiocre confiance aux chirurgiens. Ainsi, M. RICHELOT estime que, « pour tirer profit de cette opération, il faut suivre des indications très prudentes ». Pour le professeur POZZI, « la myomectomie sera préférée à l'hystérectomie toutes les fois que cela sera possible, mais il faut bien avouer, dit-il, que ces cas sont relativement restreints ».

S'il nous est permis d'exprimer notre sentiment personnel, nous pensons que la myomectomie — abdominale et vaginale — mérite d'être considérée comme une opération d'exception et réservée aux très jeunes femmes, surtout à celles qui n'ont pas encore été mères ; de même, on pourra y recourir toutes les fois qu'elle sera impérieusement réclamée par la malade, à la condition de ne pas cacher à celle-ci les risques possibles de la récidive et de la dégénérescence maligne. En effet, depuis que l'attention a été attirée sur les désagréments de la repullulation fibreuse, les observations où cet accident est mentionné se sont singulièrement

multipliées : les plus intéressantes ont été rapportées par WOYER, FLAISCHLEN, HOFMEIER, FREUND. THORN signale même 8 exemples de récidive dans une série de 28 myomectomies. Il est certain que ces chiffres doivent donner à réfléchir ; il est, d'ailleurs, bien évident que l'utérus fibromateux qu'on a débarrassé de ses tumeurs ne peut pas être considéré comme un organe redevenu absolument normal ; on doit logiquement supposer qu'il conserve « sa tendance à fabriquer du tissu fibreux de nouvelle formation ». Il nous semble que cette menace perpétuellement suspendue sur la tête des opérées est une raison majeure à invoquer en faveur des méthodes radicales, des hystérectomies complètes, totales. A notre sens, la myomectomie ne doit trouver grâce que dans les trois circonstances suivantes : 1° très jeune nullipare qui souhaite de devenir mère ; 2° désir formellement exprimé par la femme de conserver l'organe de la gestation ; 3° état grave de la malade qui contre-indique catégoriquement une intervention aussi sérieuse que l'extirpation radicale.

Choix de l'intervention. — L'indication d'intervenir une fois posée, il s'agit de savoir si l'on passera par le vagin ou s'il vaut mieux recourir à l'ouverture du ventre. Aujourd'hui la plupart des chirurgiens admettent, avec beaucoup de justesse, que chacune de ces voies a ses indications. Est-on en présence des myomes à évolution franchement sous-muqueuse ? L'opération d'AMUSSAT devra être préférée. S'agit-il, au contraire, de tumeurs sous-péritonéales ou même interstitielles ? C'est à la laparotomie qu'il faudra s'adresser sans la moindre hésitation. Nous savons qu'il y a eu des chirurgiens assez audacieux pour aborder par le vagin des corps fibreux à développement nettement abdominal, et l'on est bien forcé de reconnaître que leurs tentatives ont souvent été couronnées de succès ; mais nous ferons remarquer que c'était la crainte de la contamination péritonéale qui leur avait dicté cette conduite plus que téméraire : de nos jours, ce danger n'existe pour ainsi dire plus et rien ne saurait justifier le chirurgien qui entreprend d'enlever péniblement et périlleusement par la voie basse ce qu'il pourrait

extirper par la voie haute en faisant courir infiniment moins de risques à son opérée.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — La première hystérectomie abdominale pour fibrome utérin aurait été pratiquée de propos délibéré par HEATH en 1843. C'est du moins ce qui résulte des recherches auxquelles je me suis livré pour contrôler les faits rapportés par mon ami JAYLE dans son mémoire de 1904.

Dans la description assez peu claire du chirurgien anglais, on lit que des ligatures doubles furent passées à travers le col de la matrice immédiatement au-dessous du néoplasme, que chaque ligature comprenait la moitié du col et le ligament large correspondant, enfin que la tumeur fut sectionnée au-dessus de ces *ligatures en masse*. Cette technique rappelle assez celle de la supra-vaginale basse ; mais, comme l'auteur ne dit pas à quelle distance du vagin porta la section, il serait téméraire d'affirmer qu'il s'agissait d'une subtotale vraie.

Après HEATH, il faut citer les tentatives des Américains BELLINGER, BURHNAM et KIMBALL, qui semblent avoir exécuté de véritables subtotales, du moins si l'on en juge par les relations qu'ils en ont laissées. Ainsi BELLINGER dit que sa section porta à 1 centimètre au-dessus de l'orifice interne du col. BURHNAM et KIMBALL paraissent aussi avoir détaché le fibrome *au ras de l'insertion vaginale ;* ils eurent, en outre, la bonne idée de *lier séparément les vaisseaux utérins* (1853). Vers la même époque, ATLEE a rapporté des observations analogues. Enfin, le cas publié par l'Anglais CLAY montre aussi que l'utérus fibromateux fut sectionné très bas sur le col (1863).

Un fait sur lequel il importe d'attirer l'attention, c'est que toutes ces hystérectomies ne furent pas des opérations de nécessité : ATLEE, KIMBALL et les autres savaient bien qu'ils se trouvaient en présence de corps fibreux utérins et c'est, comme nous l'avons dit, *de propos délibéré* qu'ils intervinrent par la voie haute. Mais leurs tentatives, si remarquables, furent d'abord froidement accueillies, surtout en France où KOEBERLE fit sa première hystérectomie abdominale pour fibrome seulement en 1863.

Dans tous les livres de gynécologie, il est dit que l'opération de KOEBERLE fut une hystérectomie avec *pédicule externe.* Tout récemment, JAYLE a prétendu s'appuyer sur le texte même de l'auteur pour soutenir que le procédé employé par le chirurgien de Strasbourg était un *pédicule interne*, une supra-vaginale. La vérité nous paraît résider entre ces deux affirmations. KOEBERLE *ne fixait pas* le moignon cervical, comme l'enseignèrent plus tard PÉAN et HEGAR; mais, d'une autre part, il se gardait bien de l'abandonner dans le ventre; après avoir assuré l'hémotase par des ligatures en masse, il attirait le pédicule en avant et *faisait sortir ses fils par l'angle inférieur de la plaie.* De bonne foi, il s'agit là bien plus d'un pédicule externe que d'un pédicule perdu, car il est incontestable que des adhérences protectrices isolaient forcément le moignon et ses ligatures de la cavité péritonéale, et c'est vraisemblablement le but que poursuivait KOEBERLE. Il est donc permis de dire, sans craindre de défigurer la vérité, que le chirurgien de Strasbourg employait le procédé du pédicule externe, ce qui n'était pas un progrès réalisé sur la technique des chirurgiens américains, au contraire.

KOEBERLE se servait de fils métalliques et d'un serre-nœud, qui étaient éliminés ensemble vers le dixième jour (où était le pédicule perdu ?). Comparée à celle des KIMBALL et des ATLEE, sa technique était donc un recul ; cependant, elle fut érigée en principe et, pour ainsi dire, consacrée par l'autorité de PÉAN, qui est universellement considéré comme le créateur et le vulgarisateur de l'*hystérectomie abdominale à pédicule externe* ou *pariétal.* Mais PÉAN *fixait* le moignon utérin à l'angle inférieur de la plaie abdominale et assurait l'hémostase par des *ligatures en masse* munies du serre-nœud de CINTRAT (1869-1873).

Pendant plusieurs années, en Allemagne, en Russie, en France, partout en Europe, c'est l'hystérectomie avec pédicule externe qui est en honneur dans tous les services de gynécologie ; mais quelques perfectionnements sont apportés à cette technique. En 1876, KLEEBERG (d'Odessa) conseille de *remplacer la ligature métallique par la ligature élastique.* En 1880, HEGAR (de Fribourg) recommande d'assurer

l'hémostase par une ligature élastique définitive, tandis que KOCHER (de Berne) trouve plus avantageux, à la fin de l'opération, de substituer au lien élastique un *double fil de soie très forte.*

Cependant, dès 1879, SCHROEDER, frappé des inconvénients inhérents au pédicule externe, réalisa un progrès considérable en proposant l'abandon, dans le ventre, du moignon résultant de l'amputation de l'utérus fibromateux ; en même temps, il conseilla de renoncer aux ligatures en masse pour adopter la ligature isolée de chaque vaisseau utérin.

Cette hystérectomie avec *pédicule interne* subit ensuite de nombreuses modifications entre les mains de MM. OLSHAUSEN, CZERNY, SÄNGER, ZWEIFEL, WOELFLER, modifications sur lesquelles il nous paraît inutile d'insister, car elles ne réalisaient aucun progrès sérieux sur le pédicule de SCHROEDER : tous ces procédés d'auteur sont tombés aujourd'hui dans un oubli mérité.

Nous venons de voir que ce fut SCHRÖEDER qui imagina de remplacer le pédicule pariétal par le pédicule intra-péritonéal. Cette technique, tout en valant assurément mieux que celle de PÉAN et de HEGAR, laissait encore beaucoup à désirer. Ce pédicule, long de plusieurs centimètres, très mal oblitéré au niveau de la surface de section, était la source de bien des ennuis, le point de départ fréquent d'hémorragies secondaires et d'infections péritonéales tardives. C'est à HOFMEIER que revient le mérite d'avoir supprimé tous ces inconvénients en imaginant le *pédicule rétro-péritonéal.* Sa première observation date de 1889. Après avoir lié isolément les artères utérines, le chirurgien de Würzbourg sectionnait le col très bas, à 1 ou 2 centimètres au plus de l'insertion vaginale ; cette section était pratiquée de façon à ménager deux petits lambeaux cervicaux égaux que l'on suturait solidement l'un à l'autre ; on terminait l'opération en réunissant le péritoine cervical au-dessus de la ligne des sutures profondes des deux petits lambeaux dont nous venons de parler. HOFMEIER est donc bien l'inventeur de l'hystérectomie abdominale *supra-vaginale basse à pédicule rétro-péritonéal.* Cependant on doit à la vérité de dire que cette technique ne lui est pas absolument personnelle ; il l'a empruntée à son

maître SCHROEDER, qui l'avait appliquée, en 1881, c'est-à-dire bien avant lui, au traitement de quelques *tumeurs malignes du corps de l'utérus*. Le mérite de M. HOFMEIER est d'avoir compris tout le parti que l'on en pouvait tirer dans l'ablation des corps fibreux, d'avoir été le premier à l'appliquer *systématiquement* au traitement de ces néoplasmes et, enfin, d'avoir contribué, par là, à sa vulgarisation. Il est donc inexact de soutenir que SCHROEDER est l'auteur de la supra-vaginale basse pour fibromes ; il est encore plus faux, comme l'ont fait certains auteurs, d'en attribuer la priorité à CHROBAK (de Vienne), dont les premières observations ont été publiées en 1891, *deux ans après* celles du chirurgien de Würzbourg. CHROBAK a exécuté un très grand nombre de fois la rétro-péritonéale contre les fibro-myomes, il a donc puissamment contribué à sa vulgarisation, mais il n'en est nullement le créateur.

Enfin, grâce à M. HOFMEIER, la supra-vaginale basse, imaginée autrefois par BELLINGER, par BURHNAM, par KIMBALL, puis tombée dans l'oubli, était réhabilitée ; elle a été portée à son dernier degré de perfectionnement par M. H. KELLY (de Baltimore), qui doit être considéré comme son véritable vulgarisateur (1896).

C'est le professeur SEGOND qui, en 1897-1898, a initié les chirurgiens français au procédé de KELLY, que nous dénommons, en France, *procédé américain*. A côté de lui, il est juste de citer M. TERRIER et M. J.-L. FAURE parmi ceux qui ont le plus contribué à acclimater cette méthode dans notre pays.

Quant à l'*hystérectomie abdominale totale*, on suppose qu'elle a été exécutée pour la première fois par l'Anglais CLAY, en 1884. D'après quelques ouvrages classiques, cette opération aurait été inaugurée en Allemagne par BARDENHAUER en 1881, en France, par PÉAN, en 1886. Rien n'est plus contraire à la vérité. Il suffit de consulter les textes originaux pour s'apercevoir que l'opération faite par BARDENHAUER était une *hystérectomie vagino-abdominale*, celle de PÉAN une *abdomino-vaginale*, procédés foncièrement différents de l'hystérectomie totale, rigoureusement abdominale.

C'est M. A. MARTIN (de Berlin) qui, en 1889, a pratiqué la première *extirpation totale* de l'utérus fibromateux *par des manœuvres exclusivement abdominales*. Après lui, il faut citer les tentatives de PRYOR et de POLK aux États-Unis (1893-1894), de LENNANDER (1892), de DELAGÉNIÈRE (1894), de DOYEN (1895) et de RICHELOT (1896) en France.

Aujourd'hui, l'hystérectomie abdominale est en honneur dans tous les services de chirurgie, tant en Europe qu'en Amérique ; elle est en train de supplanter la colpo-hystérectomie dont les indications se restreignent tous les jours, du moins aux yeux d'un certain nombre de chirurgiens.

Ajoutons, en terminant, que les deux variantes de la laparo-hystérectomie, la *méthode totale* et la *méthode subtotale*, ont été l'objet de discussions passionnées au sein de la plupart des sociétés savantes : chacune d'elles a des partisans enthousiastes et des détracteurs acharnés. Nous reviendrons sur ce point en étudiant les indications générales et le choix du traitement.

Deux mots à propos des *méthodes mixtes abdomino-vaginale* et *vagino-abdominale* : après avoir joui d'une certaine vogue, ces procédés compliqués ne sont plus guère employés aujourd'hui, si ce n'est par exception et à titre de pis-aller ; on peut être amené à terminer par l'abdomen une opération commencée par le vagin dans de mauvaises conditions et qu'il est impossible de mener à bien par cette voie.

Nous nous garderons bien de ressusciter, même pour en donner une description très sommaire, les vieux procédés d'hystérectomie qui, depuis quelques années, sommeillent dans un oubli bien mérité ; nous ne nous occuperons que des méthodes et procédés modernes. Ils sont extrêmement nombreux, et nous aurions fort à faire s'il fallait nous inquiéter de toutes « les manières » imaginées par les différents opérateurs. Seuls les procédés originaux valent la peine d'être convenablement décrits.

HYSTÉRECTOMIE TOTALE. — **Procédé** RICHELOT. — C'est celui que nous préférons de beaucoup à tous les autres, à cause de sa simplicité. « Avec une pince à griffe spéciale ou

avec un tire-bouchon, le fond de l'utérus est pris et confié à un aide qui l'attire en haut et modifie ses attitudes suivant les exigences de chaque temps de l'opération. Une valve de DOYEN (*fig.* 159), placée vers le pubis, ouvre la plaie et donne du jour. On voit aisément la vessie, qui forme une saillie légère et quelquefois monte assez haut sur la tumeur. Les trompes et les ovaires sont cherchés, tirés au dehors et les ligaments larges placés symétriquement. Un lambeau péritonéal antérieur est taillé par une incision transversale qui va d'un ligament large à l'autre et qui est faite à distance de la vessie, au point où le revêtement séreux du corps utérin se détache du tissu musculaire et devient mobile sur la face antérieure du col. Le doigt déchire, agrandit l'incision, décolle le lambeau et le refoule ; la vessie est repoussée dans le petit bassin et le segment inférieur dénudé, ainsi que le tissu paramétritique au milieu duquel on voit par transparence l'artère utérine. Pour libérer l'utérus à droite et à gauche, il faut couper les ligaments larges de haut en bas. Mettez deux pinces longuettes, l'une sur la corne utérine, l'autre un peu plus loin ; appliquez celle-ci en dedans ou en dehors des annexes, pour les conserver, les sacrifier ou ne les enlever qu'à la fin. Les ciseaux coupent entre les deux pinces et se dirigent vers le bord de l'utérus. Alors il suffit d'appuyer le doigt pour déchirer l'insertion du ligament jusqu'à sa base, et on est sur l'artère utérine sans avoir de sang. L'artère, qu'on peut toujours voir ou sentir, est pincée à son tour ; un dernier coup de ciseaux la détache. Mêmes manœuvres du côté opposé ; l'utérus ne tient plus que par ses insertions vaginales. Pour le libérer, coupez circulairement l'insertion avec les ciseaux,



FIG. 159. — Valve de DOYEN.

dirigés obliquement vers le museau de tanche ; l'utérus est enlevé ; la plaie vaginale, maintenue par des pinces à traction, ne tombe pas dans la cavité pelvienne, et l'opération peut continuer sans arrêt (*fig.* 160). Une aiguille courbe et des fils séparés de catgut suturent la brèche ; trois ou quatre fils suffisent d'ordinaire. Il faut ensuite enlever les pinces

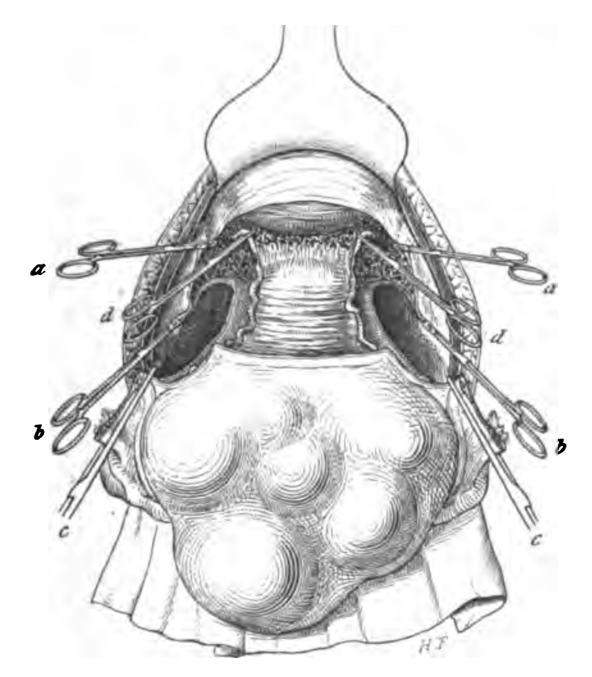


Fig. 160. — Hystérectomie totale (Richelot).

et faire l'hémostase des ligaments larges. Les ligatures terminées, on rabat le lambeau péritonéal antérieur pour couvrir les surfaces cruentées. Un surjet de catgut, allant d'une extrémité à l'autre de la plaie, enfouit les ligatures entre les deux feuillets de chaque ligament large ; enfin, la surface séreuse est partout reconstituée. » Fermeture de la plaie pariétale avec ou sans drainage, suivant les cas (*fig.* 162).

« Dans les cas simples, l'opération est rapide, car l'utérus peut être enlevé en quelques minutes ; mais, lorsque des fibromes sous-péritonéaux encombrent le champ opératoire, *il faut les énucléer d'abord ;* ce premier temps facilite singulièrement les manœuvres ultérieures.

« Il est une variété de fibromes qui transforment pour

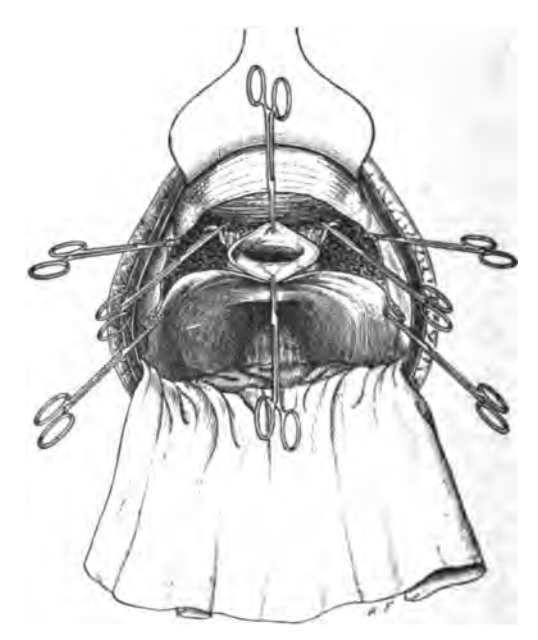


Fig. 161. — Hystérectomie totale (Richelot).

ainsi dire l'opération et la rendent plus grave : nous voulons parler de ces tumeurs qui bourrent le segment inférieur, poussent en haut le petit corps utérin et s'enclavent dans la cavité pelvienne. C'est alors qu'on risque de manquer l'artère utérine, d'ouvrir la vessie, de blesser l'uretère... Dans ces conditions nouvelles, nous recommandons l'*énucléation préliminaire* de la masse fibreuse. Après avoir disséqué, si possible, le lambeau péritonéal, on incise la paroi utérine,

on ouvre la loge du fibrome, on l'extrait en bloc ou par fragments, de telle façon que le segment inférieur est réduit à une poche flasque et mobile dans le petit bassin. On peut alors poursuivre et terminer l'opération comme à l'ordinaire.

L'ablation des myomes inclus dans les ligaments larges est aussi très laborieuse; elle exige beaucoup d'adresse et

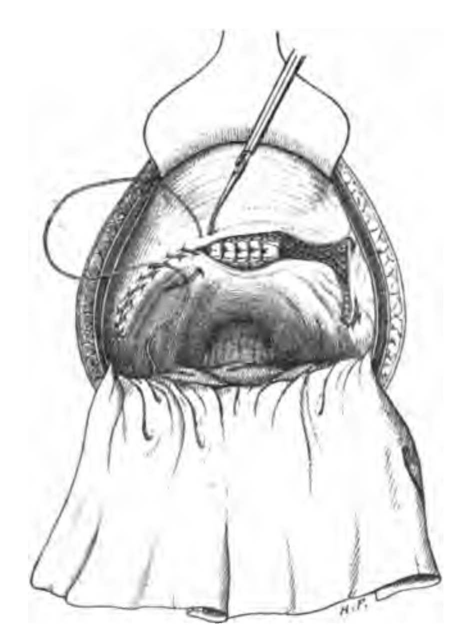


FIG. 162. — Hystérectomie totale (RICHELOT).

de sang-froid à cause de l'hémorragie occasionnée par les énormes plexus veineux qui sillonnent la tumeur ; « comme on est obligé d'inciser le ligament large dans toute sa hauteur, les gros troncs artériels et veineux sont forcément ouverts, le sang inonde le champ opératoire ; c'est en voulant pincer les vaisseaux qui donnent à la base du ligament qu'on risque de pincer l'uretère (RICHELOT) ».

L'extirpation des fibromes télangiectasiques est ordinairement très périlleuse ; la taille du lambeau péritonéal antérieur est souvent impossible à cause des gros troncs vasculaires qui masquent le col ; il vaut mieux commencer par pincer les ligaments larges et dégager l'utérus latéralement ; la libération de la tumeur en avant sera faite en dernier lieu. Mais, quelles que soient l'adresse et l'intrépidité du chirurgien, le sang coule en abondance, et l'opérée, affaiblie, épuisée, est à la merci de la moindre infraction faite aux prescriptions de l'asepsie.

Procédé de DOYEN. — Le ventre ouvert, on attire la tumeur en dehors et on la rabat fortement en avant sur le pubis, afin de découvrir et d'étaler le cul-de-sac de DOUGLAS; perforation du cul-de-sac vaginal postérieur à l'aide d'une pince introduite par la vulve dans le vagin ; il en résulte une boutonnière qui est agrandie à coups de ciseaux ; à travers cette ouverture, du côté du ventre, DOYEN saisit le museau de tanche et l'entraîne en haut dans la cavité pelvienne; l'index de la main droite va décoller alors, en avant, la vessie et les uretères, latéralement, les tractus fibreux des ligaments larges ; enfin, la matrice ne tient plus que par ses pédicules vasculaires ; l'index de la main gauche remplace celui de la main droite entre la vessie et l'utérus et perfore aussi haut que possible le péritoine vésico-utérin, puis achève la libération du ligament large droit ; la tumeur est attirée en haut pour tendre les ligaments ; l'aide saisit le ligament large droit, et l'opérateur le coupe tout près de l'utérus ; puis, c'est le tour du ligament large gauche, qui a été aussi saisi par l'opérateur entre le pouce et l'index ; l'utérus est enlevé. Ligatures ; fermeture du péritoine par une double suture en bourse.

Procédé de J.-L. FAURE. — C'est une hystérectomie totale par section médiane de l'utérus.

« Le ventre ouvert, on saisit le fond de l'utérus avec deux bonnes pinces à griffe placées de chaque côté de la ligne médiane, et on attire le plus possible l'utérus vers le haut. D'un coup de ciseaux, on incise alors le péritoine au-dessus

du cul-de-sac vésico-utérin et on refoule la vessie aussi bas

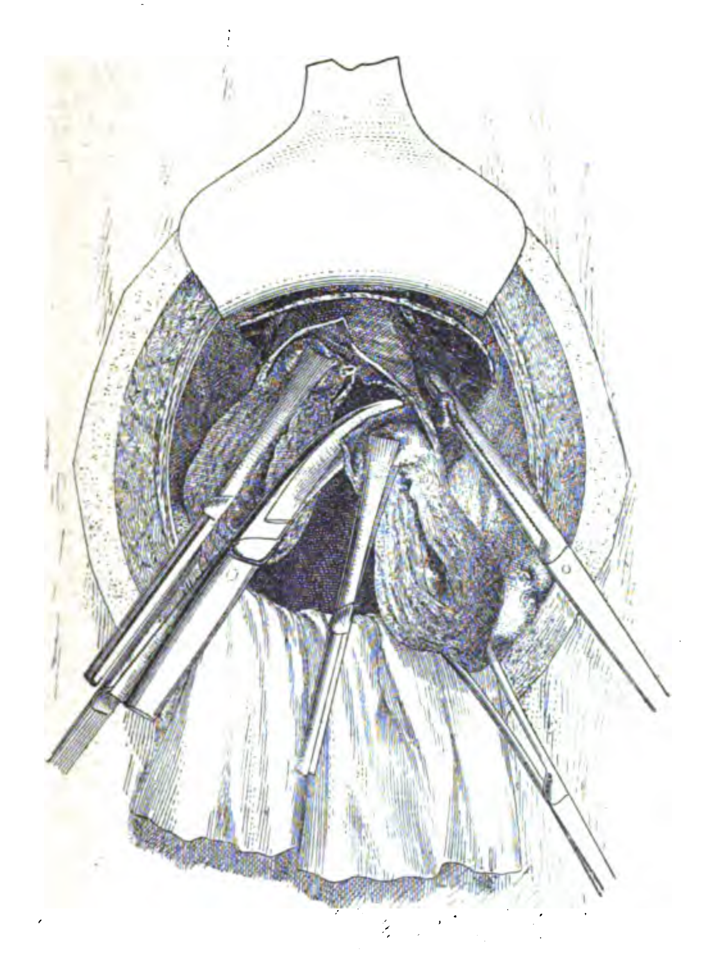


FIG. 163. — Hystérectomie par section médiane (FAURE).

que possible de façon à arriver approximativement au-dessus du col utérin. Avec de forts ciseaux droits, on sectionne

l'utérus sur la ligne médiane de haut en bas, du fond vers le

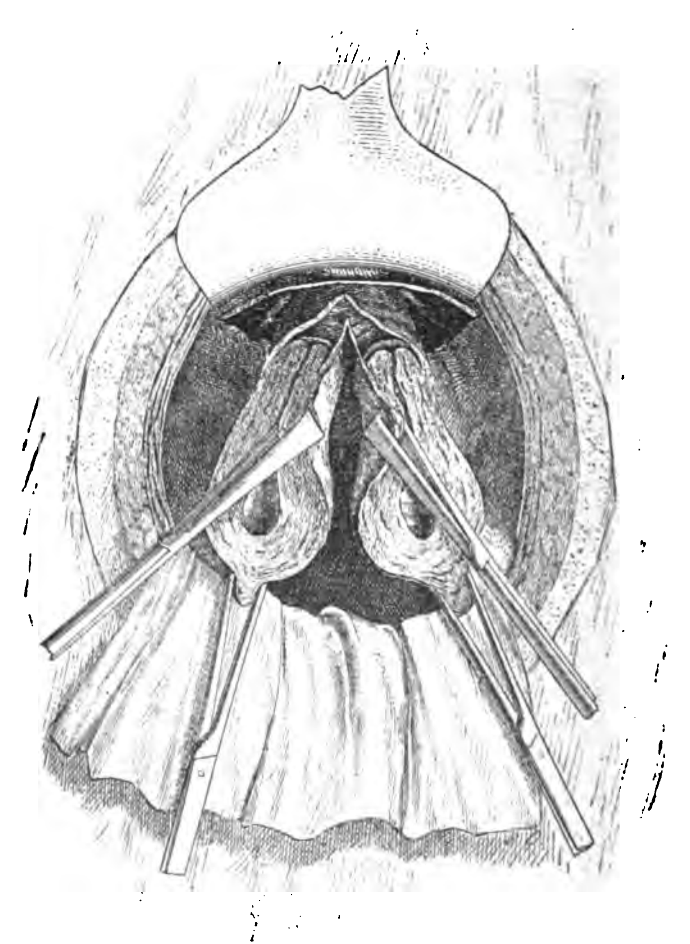


Fig. 164. — Hystérectomie par section médiane (Faure).

col ; on arrive en quelques coups de ciseaux jusque dans le vagin qui se trouve ouvert en avant et en arrière sur la ligne

médiane... L'utérus se trouve donc divisé en deux moitiés sur toute sa hauteur, y compris le col (*fig.* 163). Une pince à griffes vient alors saisir la moitié cervicale droite et l'attire en haut ; le vagin se tend, en quelques coups de ciseaux courbés on le sectionne (*fig.* 164) ; le col se laisse alors attirer plus haut encore, l'artère utérine est pincée, et, en tirant toujours vers le haut, on déroule l'utérus et on le renverse vers le haut ; on coupe, enfin, le ligament rond près de la corne, et il n'y a plus qu'à rompre les adhérences des annexes avec les parties voisines. On répète à gauche la même manœuvre, et l'extirpation totale de la matrice se trouve réalisée. » Hémostase, péritonisation, etc.

Procédé de SEGOND. — C'est la subtotale de KELLY transformée en extirpation totale. Pour les détails, voir la description du procédé américain.

En résumé : M. RICHELOT enlève l'utérus fibromateux en libérant l'organe de ses connexions latérales, qu'il sectionne en procédant de haut en bas, du bord supérieur les ligaments larges jusque dans la cavité vaginale ; chemin faisant, il pince préventivement les pédicules vasculaires, et, l'opération terminée, substitue des ligatures aux pinces ; enfin, il reconstitue avec le plus grand soin le revêtement séreux de l'excavation pelvienne.

M. DOYEN réalise l'extirpation totale de la matrice sans recourir à l'hémostase préventive ; il aborde l'organe par le col, à travers le cul-de-sac de Douglas, et, en quelque sorte, l'énuclée en le faisant basculer d'arrière en avant et de bas en haut.

Dans le procédé de M. J.-L. FAURE, le temps essentiel de l'extirpation, c'est la section médiane, qui permet d'enlever chaque moitié de l'organe en la dégageant prestement de bas en haut.

Quant à la technique de M. SEGOND, nous verrons plus loin qu'elle ne diffère de la subtotale de KELLY que par l'ouverture du vagin et la suppression du moignon cervical. On sait que le chirurgien de Baltimore sépare l'utérus de ses attaches en le faisant *basculer dans le sens latéral*.

Quelle est la valeur respective des procédés que nous

venons de passer en revue ? Est-il possible de les appliquer dans n'importe quelle variété de fibro-myome, ou bien y en a-t-il qui conviennent plus spécialement à des types déterminés ?

Il saute aux yeux que la technique de RICHELOT est celle qui répond le mieux aux exigences des différents cas ; elle est applicable à la grande majorité des tumeurs fibreuses. De quoi s'agit-il en effet ? De sectionner chaque ligament large dans toute sa hauteur, en procédant de haut en bas et en rasant le tissu utérin ; donc impossible de manquer les pédicules vasculaires, impossible de blesser l'uretère. Y a-t-il des masses fibreuses volumineuses qui surmontent la tumeur principale et encombrent le petit bassin ? On commencera par les énucléer pour pouvoir ensuite manœuvrer à l'aise. Si c'est à un gros myome du segment inférieur qu'on a affaire, à une tumeur enclavée qui remplit tout l'espace compris entre l'utérus et la paroi pelvienne, il faudra vider la masse par le morcellement avant de songer à pincer les ligaments larges ; enfin, l'ouverture du vagin par le cul-de-sac antérieur est parfois rendue impossible à cause de la présence d'un noyau qui masque la région ; on en sera quitte pour ouvrir en premier lieu le cul-de-sac de DOUGLAS, car le point où doit porter l'incision vaginale a une importance tout à fait secondaire. Ce qui fait le mérite de ce procédé, c'est la manière d'assurer l'hémostase en serrant de près le tissu utérin, la recherche méthodique des pédicules vasculaires, la ligature isolée des vaisseaux, la sûreté avec laquelle on arrive sur l'utérine et on évite l'uretère.

Par le procédé de DOYEN, on enlève l'utérus fibromateux en déployant une maestria qui impressionne l'assistance ; on ne saurait imaginer de technique plus ingénieuse, plus brillante, plus expéditive ; que M. DOYEN puisse réaliser ce tour de force sans faire courir le moindre risque à ses opérées, personne n'a le droit d'en douter, mais que cette manière « d'escamoter » l'utérus ait la prétention de passer pour un procédé rationnel, méthodique et sûr, c'est ce qu'il est [illegible]ble de soutenir sérieusement.

[illegible]édé de la section médiane de M. FAURE est excel-[illegible] de plus ingénieux, de plus simple que cette ma-

mière de décortiquer chaque moitié de l'organe en manœuvrant de bas en haut ; malheureusement il n'est applicable qu'à certains types de corps fibreux : aux utérus peu volumineux, globuleux, pas trop déformés par une lobulation exagérée du néoplasme. Contre les très grosses tumeurs, la section médiane fait perdre du temps ; elle peut même occasionner des hémorragies qui retardent la marche de l'opération, si le corps fibreux est très vasculaire ; enfin, elle favorise la contamination du péritoine en ouvrant des poches purulentes ou des cavités kystiques dont le contenu n'est pas toujours inoffensif.

HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE OU SUPRA-VAGINALE BASSE. — Il n'y a pas de chirurgien qui ne se flatte d'avoir apporté un perfectionnement à la méthode d'un confrère ; aussi les procédés d'hystérectomie subtotale sont-ils innombrables. Il nous suffira de faire connaître les principaux.

Procédé de Howard A. Kelly, dit procédé américain. — Il a été publié en 1896, appuyé d'une brillante statistique de 200 cas.

Le chirurgien de Baltimore commence par lier l'artère utéro-ovarienne et celle du ligament rond, et peu importe le côté par lequel on débute ; il fait ensuite une incision transversale au niveau du péritoine vésico-utérin, comme dans le procédé de Richelot ; après avoir repoussé la vessie et découvert la zone sus-vaginale du col, il recherche l'artère utérine, qui est aussitôt liée avec le plus grand soin ; section des tissus qui retiennent le corps utérin, et section transversale du col, au ras du plancher pelvien, en ayant soin d'éviter l'ouverture du vagin ; cela fait, il va à la recherche de l'autre utérine, et, pour cela, il faut commencer à faire basculer la masse utéro-fibreuse sur le ligament large du côté opposé ; on finit par trouver l'autre utérine, qui est traitée de la même manière. A partir de ce moment, il n'y a plus qu'à poursuivre le mouvement de bascule de bas en haut, jusqu'au ligament rond et au pédicule tubo-ovarien, qui sont liées ou pincées en dernier lieu. Suture du col au catgut et réfection du péritoine pelvien. On voit qu'il s'agit

d'une hystérectomie *par section continue dans le sens transversal, avec bascule* de la masse utérine effectuée dans le même sens.

Procédé de FAURE par hémisection sagittale. — Disons tout de suite que H. KELLY a recommandé le même procédé en 1900, sans connaître celui du chirurgien français, qui date de 1897.

On saisit le fond de l'utérus avec deux solides pinces à traction placées à droite et à gauche de la ligne médiane ; avec une bonne paire de ciseaux droits, on pratique, entre les deux prises des pinces, une section médiane allant du fond de l'utérus au col, qui est divisé jusqu'au ras du plancher pelvien. La matrice étant ainsi divisée en deux moitiés égales, une droite et une gauche, on détache, de chaque côté, le col en le coupant transversalement au ras du pelvis ; après avoir soulevé chaque tranche cervicale pour pincer l'artère utérine, on achève l'ablation en décortiquant successivement la moitié droite et la moitié gauche de l'utérus, et en procédant de bas en haut.

Procédé de FAURE-KELLY par décollation (1900). — On commence par attirer le fond de l'utérus en avant, vers la symphyse, afin d'étaler le cul-de-sac de DOUGLAS et la face postérieure de la matrice ; armé de ciseaux solides, le chirurgien coupe transversalement, immédiatement au-dessus du plancher pelvien, mais en procédant d'arrière en avant, du Douglas vers le cul-de-sac vésico-utérin (*fig.* 165). Il en résulte que l'utérus fibromateux ne tient plus que par les ligaments larges ; après avoir ouvert le cul-de-sac antérieur, on assure l'hémostase en pinçant le premier ligament large de bas en haut ; pour le côté opposé, on fait basculer l'utérus sur le ligament large encore indemne, et qui est à son tour pincé, à mesure que la matrice se décortique de bas en haut (*fig.* 166).

La priorité de cette technique reviendrait à M. KELLY, mais il est certain que M. FAURE ignorait la tentative du chirurgien américain lorsqu'il publia ses premiers résultats.

Quant à la valeur respective de ces techniques, on peut

affirmer qu'elles se valent ou peu s'en faut. Il n'en est pas moins évident que quelques-unes d'entre elles paraissent s'adapter mieux à certains types de matrices fibromateuses.

En terminant, nous ferons remarquer que la subtotale

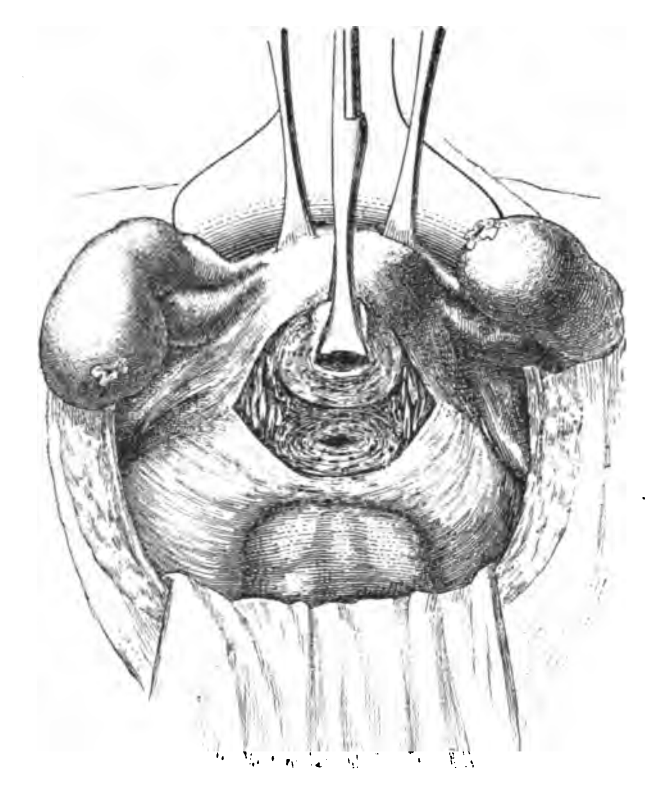


FIG. 165. — Hystérectomie subtotale par décollation (FAURE).

peut s'exécuter au moyen de manœuvres inverses, c'est-à-dire en coupant les ligaments larges de haut en bas ; ainsi rien de plus facile que de transformer le procédé si élégant et si simple de M. RICHELOT en une subtotale parfaite : il suffit pour cela de sectionner transversalement le col, au

ras de l'insertion vaginale, immédiatement après avoir pincé les deux artères utérines.

Nous avons déjà dit que la méthode totale et la méthode

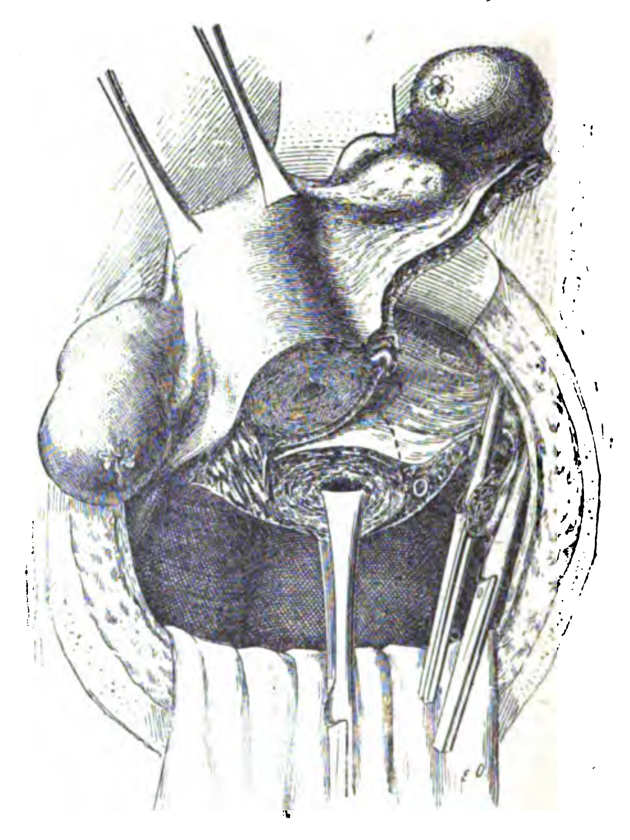


Fig. 166. — Hystérectomie subtotale par décollation (Faure).

subtotale se partageaint la faveur des chirurgiens tant en France qu'à l'étranger. En Amérique, aux États-Unis, l'hystérectomie subtotale passe pour l'intervention de choix aux yeux de tous les opérateurs ; en Allemagne, les partisans de

l'hystérectomie totale sont, peut-être, en majorité ; citons parmi eux, WINTER, BROESE, MACKENRODT, FRITSCH, KOBER, OLSHAUSEN, HENKEL, etc.

En France, c'est la méthode subtotale qui triomphe depuis plusieurs années. Dans le rapport qu'il a présenté, en 1899, au *Congrès de Chirurgie* de Paris, M. RICARD a prononcé l'éloge dithyrambique de l'hystérectomie subtotale, qu'il a représentée comme étant plus facile, plus simple, plus rapide et surtout plus bénigne que l'hystérectomie totale ; et il faut bien reconnaître que ses conclusions ont été approuvées par la plupart des chirurgiens présents (MM. POZZI, SEGOND, ROUTIER, TERRIER, QUENU, etc.). M. RICHELOT a été à peu près seul à défendre la thèse opposée, celle de l'opération radicale. Nous verrons plus loin qu'il n'a pas eu tort de formuler les plus grandes réserves quant à la supériorité de l'opération vulgarisée par KELLY.

Accidents et complications. — Depuis que nous savons faire l'hémostase d'une manière méthodique, par la recherche systématique des pédicules vasculaires et la ligature isolée des principaux vaisseaux, l'*hémorragie immédiate* est devenue une rareté, une exception ; il n'y a que les gros myomes télangiectasiques et certaines tumeurs intra-ligamentaires qui puissent occasionner des pertes de sang alarmantes.

On doit en dire autant de l'*hémorragie secondaire*, qui a fait tant de victimes à l'époque où régnaient les gros pédicules, surtout les pédicules perdus. De nos jours, pareil accident est, en quelque sorte, impossible ; en tout cas, il serait bien difficile de l'excuser.

Les *blessures* de la *vessie* ne sont pas très rares, surtout lorsqu'on intervient pour une tumeur volumineuse du segment inférieur, qui a contracté des adhérences solides avec ce réservoir. Il s'agit d'un accident peu grave : on s'empressera de fermer la plaie par des sutures bien faites.

Les *lésions* de *l'uretère* sont infiniment plus sérieuses, car cet accident nécessite quelquefois le sacrifice d'un rein. Ajoutons, toutefois, que l'urétéro-cysto-néostomie, autrefois si impuissante, réussit aujourd'hui plus souvent qu'on ne croit, si elle a été bien exécutée.

Quant à la *déchirure* de l'*intestin*, que le chirurgien cause involontairement en essayant de détruire des adhérences qui le soudent à la tumeur, elle n'a généralement pas de suites fâcheuses si la cavité péritonéale a été bien isolée au moyen de compresses. La suture de la solution de continuité doit être faite séance tenante et avec beaucoup de soin.

Il est assez rare de léser le *rectum* au cours de ces ablations. L'accident a été noté dans quelques cas de tumeurs enclavées dans le pelvis et ayant contracté des adhérences solides avec cette portion d'intestin. On ne manquera pas de drainer avec soin, s'il y a eu épanchement de matières fécales.

L'*occlusion intestinale*, complication assez rare, paraît due à l'étranglement d'une anse par une bride épiploïque ; elle peut être aussi le résultat d'une faute opératoire (pincement ou ligature involontaire d'une anse, etc.).

Quant à la *septicémie*, quoiqu'elle soit beaucoup plus rare qu'autrefois, c'est encore à elle qu'il faut attribuer presque tous les décès directement imputables à l'acte opératoire. En général, c'est la *péritonite* qui emporte la malade ; mais, comme dans les autres interventions de la gynécologie, la mort est quelquefois due à une *infection générale* de l'économie, sans la moindre localisation péritonéale.

Enfin, il est hors de doute que le *shock*, ou, si l'on aime mieux, l'*ébranlement nerveux*, intervient aussi quelquefois dans le mécanisme de la mort de certaines patientes profondément affaiblies ou atteintes de scléroses viscérales.

Résultats immédiats. — Nous venons de voir que la colpohystérectomie est devenue une opération presque bénigne, grâce aux bonnes habitudes que l'asepsie a imposées aux chirurgiens, grâce aussi au manuel opératoire, qui a subi des perfectionnements considérables. Il est juste de reconnaître que l'hystérectomie par la voie haute n'a pas moins bénéficié de ces remarquables progrès. Quoique toujours un peu plus sévère que celui de la voie vaginale, son pronostic s'est amélioré à un degré réellement surprenant.

Si nous en croyons les statistiques publiées en France et à l'étranger, la méthode subtotale apparaîtrait comme plus

bénigne que la méthode totale. Il est, du reste, facile de comparer :

Hystérectomie abd. totale

1903.	POZZI..............	46 cas	4 morts
1900.	TERRIER............	93 —	6 —
1912.	RICHELOT...........	135 —	8 —
1897.	RICARD.............	49 —	7 —
1899.	SCHAUTA............	106 —	16 —
1899.	DOYEN..............	35 —	3 —
1899.	DOEDERLEIN.........	31 —	1 —
1902.	HERZFELD...........	20 —	2 —
1901.	REDLICH............	231 —	16 (Statistique générale des chirurgiens russes).
1897.	BOLDT..............	77 —	9 morts

Hytérectomie subtotale

1903.	POZZI..............	57 cas	3 morts
1900.	TERRIER............	19 —	4 —
1900.	D. DE OTT..........	180 —	20 —
1901.	BOUILLY............	90 —	5 —
1902.	HOFMEIER...........	118 —	5 —
1899.	HERZFELD...........	24 —	3 —
1903.	LAUWERS............	200 —	6 —
1903.	CZEMPIN............	19 —	4 —
1901.	DUNCAN.............	127 —	4 —
1904.	WINTER.............	689 —	32 (Statistique d'un grand nombre d'opérateurs.)
1897.	KELLY..............	155 —	9 morts
1897.	BALDY..............	56 —	2 —
1897.	NOBLE..............	66 —	2 —
1901.	REDLICH............	516 —	83 —
1903.	VORWINKEL..........	101 —	9 —

Résultats éloignés de la cure radicale de l'utérus fibromateux. — Envisagés à un point de vue général, et le tout étant mis en balance, on peut affirmer qu'ils sont excellents : telle est l'opinion de l'immense majorité des opérateurs, telle est aussi l'impression qui se dégage des statistiques publiées jusqu'à ce jour.

Si tous les chirurgiens s'étaient avisés de suivre leurs opérées et de noter, plusieurs années durant, les changements heureux ou malheureux survenus à la suite de l'intervention, nous pourrions, aujourd'hui, formuler des conclusions beaucoup plus fermes sur la valeur réelle de la cure radicale des corps fibreux utérins. Mais ce travail est encore à faire, et nous sommes bien forcés, en attendant, de nous contenter d'appréciations basées sur des affirmations pures et simples. Néanmoins, voici les renseignements que nous avons pu recueillir dans la littérature spéciale :

Hystérectomie vaginale. — M. Schauta a suivi 79 opérées ; 77 sont radicalement guéries ; 2 se plaignent encore de troubles variés (douleurs vagues, tiraillements, etc.).

Hystérectomie subtotale. — M. Thomas. 117 cas, 100 opérées revues ; 90 0/0 de ces femmes sont guéries et en état de travailler ; dans 34 cas, diminution de la mémoire, 3 insuccès complets.

M. Alterthum (de Fribourg-en-Brisgau). Sur 35 opérées revues, 32 sont parfaitement guéries et peuvent travailler normalement ; dans 10 0/0 des cas, les opérées se plaignent de tiraillements, de douleurs vagues, qui surviennent d'une manière intermittente.

1903-1904. M. Lauwers (de Bruxelles). Sur 194 opérées revues, 177 sont radicalement guéries.

1905. Essen-Moller. Parmi 75 femmes revues, 20 0/0 ont des troubles persistants.

1900. Burkhardt. 61 cas ; 47 guérisons complètes ; 6 opérées sont hors d'état de travailler d'une manière suivie ; en les examinant, on découvre des exsudats pelviens ; 4 insuccès complets.

1899. Abel. 65 cas de supra-vaginales (procédé perfectionné de Zweifel) ; dans 9 cas, exsudats pelviens, troubles de la miction, fistules, etc.

Hystérectomie totale. — Essen-Moller. 13 cas : 13 guérisons parfaites.

Nous ne saurions clore ce chapitre, sans toucher à une question qui a soulevé plus d'un débat intéressant à la *Société de Chirurgie de Paris* : nous voulons parler des accidents provoqués par la persistance du moignon cervical de

l'hystérectomie subtotale : 1° *repullulation de noyaux fibromateux au sein du tissu cervical ; 2° transformation maligne de ces moignons.*

Les dégénérescences sarcomateuse et carcinomateuse du pédicule de la subtotale sont un fait que personne aujourd'hui ne songe plus à nier. Considérés, tout d'abord, comme des exceptions, les exemples de cette complication tardive sont assurément moins rares depuis que les chirurgiens s'appliquent à les rechercher.

Les premières observations relatives à cet accident ont été publiées par WEHMER et par MENGE. La malade de WEHMER, une vierge de quarante-cinq ans, avait subi l'hystérectomie avec pédicule externe pour une tumeur que le microscope révéla être un fibro-myome pur. Au bout de quelques mois, on découvrit une récidive au niveau de la cicatrice abdominale ; on recourut à l'examen histologique, qui permit de diagnostiquer un sarcome. Mort quelques semaines plus tard.

L'observation de MENGE concernait une multipare de cinquante-six ans : hystérectomie supra-vaginale (procédé de ZWEIFEL) et examen de la tumeur enlevée, qui est reconnue, au microscope, pour un néoplasme nettement bénin. Sept mois plus tard, cette femme revint consulter pour une nouvelle tumeur abdominale. Elle succomba sans avoir été opérée. A l'autopsie, on trouva un myo-sarcome télangiectasique.

A ces deux observations ne tardèrent pas à s'en ajouter plusieurs autres communiquées par MM. FREUND, ERLACH, SAVOR, SCHENK, CONDAMIN (de Lyon).

Avant d'aller plus loin, il convient de faire remarquer que toutes ces observations ne se rapportent pas à des néoplasies malignes. Quelques-unes d'entre elles concernent des repullulations de noyaux fibromateux développés aux dépens du moignon cervical, plus ou moins longtemps après l'acte opératoire ; grâce à leur extrême petitesse, ils avaient échappé à l'attention du chirurgien le jour de l'opération. M. SCHWARTZ en a signalé un cas bien typique. Chez sa malade, l'hystérectomie remontait à une dizaine d'années ; le pédicule avait été fixé à la paroi, et une fistulette s'était constituée, qui saignait régulièrement à l'époque présumée

des règles. Cette femme réclama une nouvelle intervention, qui fit découvrir, dans l'épaisseur du moignon hypertrophié, un fibro-myome gros comme une mandarine, mais dépourvu de toute apparence de malignité. Une observation analogue a été communiquée à la *Société d'obstétrique et de gynécologie* par M. Doléris : cette malade avait subi l'hystérectomie subtotale typique. Au cours de la deuxième opération, on trouva dans le moignon un noyau fibreux de la grosseur d'une cerise. L'ablation de cette petite tumeur fit cesser tous les troubles (douleurs et hémorragies). Flaischlen a vu une récidive fibreuse se déclarer au bout de *treize ans*.

Il n'en est pas moins certain que, dans la majorité des cas observés jusqu'à présent, il s'agissait d'une néoplasie maligne, *sarcome* ou *épithélioma*. Outre les faits relatés par Erlach, Schenk, Savor, etc., dont nous parlons en premier lieu, nous devons mentionner les exemples plus récents rapportés par Rochard (cancer cervical typique survenu quatre ans après une subtotale pour fibro-myome), par Schally, par Noble ; Quenu parle aussi d'un cas personnel de transformation épithéliomateuse qui s'est manifestée quatre ans et demi après une hystérectomie subtotale typique. M. Tuffier a signalé également deux observations semblables (1903) ; à enregistrer aussi un cas intéressant publié par M. Lauwers de Bruxelles (en 1904). Quant à la récidive rapportée par Bumm, elle était due à un sarcome.

Dans un important article publié par les *Beiträge de* Hegar en 1904, M. Kober, élève de Pfannenstiel, aborde aussi cette grave question, sans essayer de l'approfondir ; après avoir cité un fait personnel, il se contente de reproduire l'opinion de quelques chirurgiens autorisés ; Fehling aurait noté la transformation maligne des pédicules de l'hystérectomie subtotale dans 2 0/0 des cas ; Hofmeier aurait relevé cette complication 11 fois sur 600 observations ; quant à Olshausen, il pense qu'elle est tout à fait rare.

Quoi qu'il en soit, c'est à M. Richelot que revient le mérite d'avoir, le premier en France, attiré l'attention sur la fréquence relative de cette redoutable complication éloignée de l'hystérectomie subtotale. Dans sa communication adressée, le 28 octobre 1903, à la *Société de chirurgie de*

Paris, il rapporta 3 cas personnels appuyés de plusieurs observations analogues recueillies dans la littérature médicale (23 cas en tout). Il en concluait qu'il fallait renoncer désormais à la méthode subtotale, à cause du moignon qu'elle laisse dans le pelvis, moignon qui, si petit soit-il, constitue un danger permanent pour la malade, puisqu'il peut être un jour le siège d'une dégénérescence maligne, épithéliomateuse ou sarcomateuse.

Ces conclusions soulevèrent d'énergiques protestations de la part de l'assistance composée, en majeure partie, de défenseurs convaincus de l'opération de KELLY. Une discussion fort animée s'ensuivit, au cours de laquelle les adversaires de l'hystérectomie totale, en guise d'une réfutation des faits avancés par M. RICHELOT, se contentèrent de recommencer l'éloge de la méthode subtotale. Finalement, on décréta que les accidents de dégénérescence qui venaient d'être signalés étaient trop rares pour entrer en ligne de compte et mériter de la part de la Société plus qu'une mention de simple curiosité. *Et adhuc sub judice lis.*

Malheureusement pour les admirateurs outrés de l'opération de KELLY, il ne suffit pas de nier un fait pour en conjurer les conséquences ; ce n'est pas en affirmant que l'hystérectomie subtotale est «plus simple, plus facile, plus bénigne» que l'hystérectomie totale, qu'on empêchera les opérées de succomber à une récidive d'autant plus regrettable qu'il n'était pas impossible de l'éviter.

Il nous reste à examiner le mécanisme pathogénique de cette repullulation tardive.

En ce qui concerne la récidive fibromateuse, l'explication est fort simple ; elle est le résultat de l'accroissement normal d'un nodule qui, par sa petitesse, avait échappé à l'attention de l'opérateur.

La dégénérescence sarcomateuse se conçoit aisément.

Quant à la transformation cancéreuse, elle n'est pas beaucoup plus difficile à comprendre : le moignon est envahi par un processus épithéliomateux développé aux dépens de la muqueuse du museau de tanche (intra ou extra-cervicale). Il est probable que, dans certains cas, le cancer cervical existait au moment de l'intervention, mais qu'il avait passé inaperçu.

Indications générales et choix du procédé opératoire. — On a vu des femmes qui ont pu garder leur fibrome toute la vie durant sans en éprouver aucun désagrément sérieux, et tout le monde convient qu'il ne faut jamais toucher à ces malades ; mais il n'est pas interdit de surveiller la marche du néoplasme, afin de pouvoir intervenir efficacement au premier symptôme alarmant.

Malheureusement, les corps fibreux silencieux, torpides, les fibro-myomes « de bonne volonté » sont loin de constituer la règle. D'ordinaire, ces tumeurs révèlent leur présence par un ensemble de troubles dont l'intensité et la gravité varient à l'infini. A quels signes peut-on reconnaître les cas qui doivent être traités d'urgence, et quelles sont les formes justiciables de soins purement médicaux ?

Il y a des chirurgiens qui professent que tout corps fibreux diagnostiqué doit être traité par l'exérèse et, à cette règle, ils n'admettent aucune exception. Nous avons à peine besoin de dire que cette doctrine absolue n'a qu'un petit nombre de partisans. Les tendances actuelles sont, au contraire, orientées vers la conservation: on l'a bien vu aux *Congrès de gynécologie* tenus à Amsterdam en 1899, à Paris, etc.

En Allemagne, les interventionnistes à outrance sont peu nombreux, et ce n'est point parmi eux qu'il faut chercher les noms de LANDAU, de LÉOPOLD, de MARTIN, de OLSHAUSEN, de SANGER, etc. Nous pouvons en dire autant de MM. TERRIER, SEGOND, POZZI, QUENU, etc. « Tout fibrome stationnaire, dit M. RICHELOT, quant à son volume, sans métrorragies, ni douleurs, ni phénomènes de compression, est une tumeur qu'il faut traiter par l'expectation jointe à une surveillance rigoureuse pour intervenir à la moindre menace. » M. ZWEIFEL n'est pas moins catégorique : il veut qu'on réserve l'intervention chirurgicale aux corps fibreux à marche progressive et accompagnés de troubles qui retentissent sur la santé générale.

Ces principes étant posés, nous croyons utile de montrer par des exemples la conduite à tenir dans les principaux cas qui peuvent se présenter.

Commençons par les formes les plus graves. La malade est une femme encore jeune, et la tumeur qu'elle porte n'a mis

que quelques mois à atteindre des dimensions relativement considérables, et elle augmente de volume, pour ainsi dire, à vue d'œil. Ménorragies et métrorragies formidables, épuisantes, ne cédant que difficilement au repos prolongé et aux médications les plus énergiques ; souvent, il y a des névralgies pelviennes, et la santé générale commence à s'altérer, etc. Ici, l'hésitation n'est guère permise, il faut intervenir d'une manière radicale et sans délai ; toute thérapeutique conservatrice est infailliblement vouée à un échec certain. Les cures thermales elles-mêmes ne peuvent avoir qu'une action tout à fait provisoire.

Temporiser, c'est perdre un temps très précieux, exposer la malade à être opérée *in extremis ;* c'est lui faire courir les risques de la transformation maligne, car il ne faut pas non plus oublier que les tumeurs fibreuses des très jeunes femmes ne sont assez souvent que des corps fibreux sarcomateux ou même des sarcomes purs. On ne saurait trop le répéter : *les fibro-myomes à marche progressive doivent être enlevés sans retard*, et l'indication devient tout à fait urgente si la malade est une jeune femme.

Voici un autre type, plus commun que le précédent. Il s'agit d'une personne de quarante-cinq à cinquante ans, de santé robuste ; son fibrome est vieux d'une douzaine d'années, mais elle n'en est réellement incommodée que depuis un ou deux ans ; règles ménorragiques ; depuis plusieurs mois, métrorragies inter-menstruelles d'une abondance excessive, et ces pertes insolites ont coïncidé avec un accroissement brusque du néoplasme. L'état général est moins satisfaisant qu'autrefois. Quelle sera la conduite du chirurgien ? Comme pour le cas qui vient d'être discuté, c'est à l'extirpation radicale qu'il faudra recourir, car tout permet de supposer que la tumeur de cette malade est en train de subir un changement de structure, changement qui, nous le savons *a priori*, ne peut être que de mauvaise nature. Si l'on tient absolument à essayer les moyens médicaux, on agira sagement en ne prolongeant pas la tentative outre mesure, car, en temporisant à l'excès, on expose la malade à se faire opérer trop tard et dans des conditions infiniment moins satisfaisantes.

Passons maintenant à l'examen des formes « bénignes », qui sont les plus communes. Supposons que nous ayons à traiter une femme de trente-cinq à quarante ans, habituellement bien portante, atteinte depuis trois ou quatre ans d'un fibro-myome qui a lentement augmenté de volume, et dont la grosseur est celle d'une tête de nouveau-né ou d'enfant. Ménorragies tantôt modérées et tantôt profuses ; une ou deux fois par an surviennent des métrorragies intermenstruelles. Pas de douleur à proprement parler, mais de la pesanteur hypogastrique et des tiraillements lombaires. Sous l'influence du repos, tous les troubles se dissipent et la malade a l'illusion de la guérison ; malheureusement il suffit de la plus légère infraction, de la moindre fatigue pour que tous les accidents s'exaspèrent. A noter, cependant, que la santé générale n'a jamais périclité. Quel est le traitement qui convient à ces malades ? C'est le cas ou jamais de recourir à une thérapeutique essentiellement conservatrice et d'en surveiller l'application de la manière la plus rigoureuse. Nous n'avons pas à revenir sur les prescriptions que nous avons minutieusement formulées ailleurs ; mais nous insisterons encore une fois sur l'importance de l'*hygiène alimentaire* et sur l'efficacité des *cures hydro-minérales*. Nous avons à peine besoin d'ajouter qu'on ne doit pas s'attendre à des miracles : il serait puéril de compter sur la résorption intégrale du néoplasme et sur la cessation complète et définitive des phénomènes pathologiques. Tout ce qu'il est permis d'espérer, c'est une amélioration très appréciable, très réelle, amélioration qui rend la vie tout à fait supportable ; à la condition d'éviter toute fatigue, tout surmenage, de se conformer aux règles de l'hygiène, de se soumettre docilement au traitement hydro-minéral, la malade cessera de souffrir, sa tumeur restera stationnaire, les hémorragies disparaîtront ou se réduiront à des pertes insignifiantes, etc. Dans ces formes bénignes, la ménopause marque *quelquefois* le terme de la période active de la maladie, et cette heureuse terminaison semble être plus fréquente pour les femmes qui se sont bien soignées pendant l'évolution active de leur néoplasme : tous les troubles disparaissent, sans exception, et il ne reste, au fond du petit bassin, qu'un utérus hyper-

trophié, bosselé, comme dernier vestige d'un processus éteint. L'influence curatrice de la ménopause est donc très réelle, mais on ferait complètement fausse route si l'on s'avisait de la considérer comme une règle qui ne souffre que de rares exceptions : la proposition contraire semble être malheureusement beaucoup plus vraie.

Encore quelques lignes pour résumer les conclusions thérapeutiques.

1° En présence d'une fibromatose à marche rapide, ou qui affecte, soudain, des allures insolites, le sacrifice de l'organe malade s'impose toujours et sans délai, *même si la ménopause est proche ;*

2° La ou les tumeurs qu'il s'agit de traiter sont des fibromes ordinaires à évolution lentement progressive :

a) Si la femme est très jeune et nullipare, la myomectomie est souvent indiquée ; quant à la voie qu'il convient de suivre pour aborder le néoplasme, elle doit être subordonnée au siège de la tumeur et à la volonté de la patiente.

b) Si la malade est une multipare ou une nullipare qui touche à la quarantaine ou qui l'a dépassée, il faudra toujours commencer par le traitement médical ; en cas d'échec manifeste, l'intervention sanglante s'impose ; on ne s'adressera à la myomectomie que si la femme tient absolument à conserver son utérus. Dans le cas contraire, c'est à l'hystérectomie qu'on devra recourir, hystérectomie qui sera vaginale ou abdominale suivant les indications tirées du siège et du volume des tumeurs. Si c'est la voie haute qui a obtenu la préférence, il s'agira de choisir, en consultant son tempérament, entre la *méthode radicale* et le *procédé américain.*

Abordons, enfin, la question du choix de l'intervention.

Les indications des myomectomies abdominale et vaginale ont été déjà discutées ; il nous reste à poser celles de l'opération radicale.

Nous avons vu que la chirurgie avait à sa disposition deux grandes voies pour réaliser l'extirpation de l'utérus fibromateux : la *voie vaginale* ou *voie basse*, et la *voie abdominale* ou *voie haute.*

A laquelle doit-on donner la préférence ?

Jusqu'à ces dernières années, l'hystérectomie vaginale

passait, aux yeux de la majorité des chirurgiens français, pour la méthode de choix dans le traitement chirurgical des tumeurs fibreuses ; aujourd'hui, il faut le reconnaître, sa vogue a bien décru, et presque tout le monde tend à la délaisser en faveur de sa grande rivale, l'hystérectomie abdominale. Seuls MM. RICHELOT et SEGOND lui sont restés fidèles.

En Allemagne, il s'est produit, sur cette importante question, une évolution absolument inverse. Il n'y a pas plus de cinq ou six ans, la colpo-hystérectomie n'était prisée à sa juste valeur que par un petit nombre d'initiés (LANDAU, DOEDERLEIN, ABEL) ; aujourd'hui, elle compte plus de partisans que d'adversaires, et sa vogue semble s'accroître tous les jours. Ainsi, pour M. FUNKE, assistant de M. FREUND, l'hystérectomie vaginale devrait être préférée toutes les fois que le volume peu considérable de la tumeur fait supposer que l'extirpation s'effectuera sans difficulté par la voie basse. HEGAR recommande aussi cette voie comme étant une méthode appelée à rendre les plus grands services à la gynécologie.

Mais ce sont MM. LANDAU et ABEL qui ont prononcé le plaidoyer le plus éloquent en faveur de cette opération : à leur sens, la voie vaginale doit être préférée toutes les fois que l'extirpation est matériellement possible par ce moyen ; ils ne craignent pas de traiter la voie haute de pis-aller et de méthode d'exception. LÉOPOLD (de Dresde), HERZFELD (de Vienne), BUMM (de Bâle), CZEMPIN (de Berlin) préconisent aussi la colpo-hystérectomie de la manière la plus formelle, sauf à tenir compte de certaines contre-indications sérieusement motivées. Nous pouvons en dire autant de MM. DOEDERLEIN, SCHRAMM, SCHUCHHARDT, etc. Dans un récent mémoire paru en 1904, M. MARTIN (de Berlin) a élevé aussi la voix en faveur de l'hystérectomie vaginale qu'il considère comme le procédé de choix toutes les fois que son exécution est matériellement possible. A retenir aussi l'éloge prononcé par MACKENRODT, à la *Société de gynécologie de Berlin*, en 1903 ; ce chirurgien accuse les adversaires de la voie basse de dénigrer un procédé dont ils n'ont pas saisi toute la valeur et qu'ils sont incapables d'exécuter convenablement. A cette proposition ont paru souscrire M. BROESE et M. GOTTS-

CHALK, tandis que le professeur OLSHAUSEN affecta aussitôt de se poser en champion irréductible de la laparo-hystérectomie.

Nous devons à la vérité d'ajouter que les chirurgiens, que nous venons de signaler comme partisans convaincus de l'hystérectomie vaginale, sont loin de professer une opinion exclusive quant au traitement de l'utérus fibromateux ; tous proclament, à l'unanimité, la supériorité de la voie sus-pubienne lorsqu'il s'agit de s'attaquer à des néoplasmes volumineux, atteignant ou dépassant l'ombilic. En somme, ils admettent que ces deux méthodes ont des indications précises et qu'aucune d'elles ne mérite d'être proscrite au bénéfice de l'autre. C'est la doctrine de la logique et du bon sens, et nul ne l'a formulée avec plus de netteté que M. RICHELOT quand il a dit que : « L'hystérectomie vaginale est excellente toutes les fois que le volume ou la disposition des tumeurs n'exige pas des manœuvres de morcellement trop prolongées... Les utérus à enlever par le vagin sont donc ceux qui n'ont pas un volume excessif. Chaque auteur s'est fixé un peu arbitrairement la limite qu'il ne lui convenait pas de franchir : trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic, le volume d'une tête de fœtus, le niveau du pubis, le niveau de l'ombilic, etc. Mais le volume n'est pas un critérium suffisant, car, à dimensions égales, il y a des utérus développés tout entiers au-dessus du détroit supérieur qu'il serait long et difficile d'attaquer par le vagin, qu'il y a tout avantage à faire passer par une incision hypogastrique ; il y en a qui s'étalent vers les fosses iliaques et font comme un gros verrou qui ne veut pas descendre ; à ceux-là convient la méthode sus-pubienne. Mais il y a des tumeurs moyennes et bas placées, avec des ventres peu distendus et des parois très adipeuses, qui rendent la voie haute peu commode et même périlleuse. Si la colpo-hystérectomie peut rendre d'éclatants services, l'hystérectomie abdominale, de son côté, n'est pas restée en arrière : les énormes fibromes surtout sont là pour nous empêcher de l'oublier. »

Une dernière question se pose : quelles sont les indications respectives de l'hystérectomie totale et de l'hystérectomie subtotale ?

Aux États-Unis, tout le monde proclame la supériorité du procédé subtotal.

En Allemagne, on compte à peu près le même nombre de partisans pour chaque méthode.

En France, après avoir régné en souveraine, l'hystérectomie totale est aujourd'hui à peu près délaissée en faveur du procédé américain. Nous avons déjà exposé les raisons que M. RICHELOT a fait valoir pour expliquer sa préférence pour l'extirpation complète. Ces raisons nous les approuvons sans réserve ; nous sommes d'ailleurs persuadé que les partisans de la méthode subtotale obéisssent surtout à un entraînement de la mode, et que, l'engouement passé, la méthode totale ne peut manquer de recouvrer sa vogue d'autrefois.

Bibliographie. — SITZENFREY. Myomes veineux (*Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1911). — SEITZ. Ovaires et fibrome (*Münch. m. Woch.*, 1911). — SENEZ. Métaplasie et myomes (*Thèse de Montpellier*, 1911). — ROUTIER. Myomes lymphang. (*La Gynécologie*, 1910). — FABRE. Ovaires et fibromes (*Thèse de Montpellier*, 1911). — PIQUAND. Dégén. des fibromes (*Thèse de Paris*, 1905). — KAJI. Ovaires et hémorr. utérines (*Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1910). — THEILHABER (*Arch. f. Gyn.*, 1911).

SARCOME DE L'UTÉRUS

Il semble bien établi aujourd'hui que le sarcome de l'utérus est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à ces dernières années.

Grâce aux travaux de BECKMANN, de OTTO DE FRANQUÉ, de GESSNER, pour ne citer que les principaux auteurs, nous sommes assez bien renseignés sur l'anatomie pathologique et l'évolution clinique de cette variété de cancer.

Cependant, les causes réelles du sarcome utérin ne sont pas mieux connues que celles de l'épithélioma ordinaire. On a cru pendant longtemps que ce type de néoplasme était propre aux très jeunes sujets et l'on citait, comme exemples à l'appui, des cas de sarcome observés chez des filles de treize, quatorze et quinze ans ; on a même signalé cette maladie chez des enfants âgées de trois ans (LORTHOIR), de deux ans et demi (RICHTER), de quelques mois seulement

(KNOTT). D'une autre part, on a rapporté des faits authentiques des sarcomes utérins chez des femmes âgées de soixante et même de soixante-dix ans. Nous savons aujourd'hui que ces exemples extrêmes constituent des exceptions, et que la plus grande fréquence de cette maladie correspond aux approches de la ménopause.

Anatomie pathologique. — Le sarcome de l'utérus est une tumeur maligne résultant de la prolifération des éléments conjonctifs de la muqueuse ou du parenchyme de l'organe.

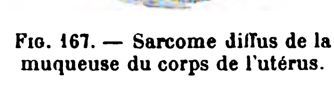


Fig. 167. — Sarcome diffus de la muqueuse du corps de l'utérus.

La plupart des histologistes en distinguent trois formes, qui paraissent être assez bien différenciées : le *sarcome de la muqueuse*, le *sarcome du col* et le *sarcome du parenchyme*.

Le sarcome de la muqueuse (*fig.* 167) évolue tantôt comme un néoplasme diffus, en nappe, tantôt comme une tumeur pédiculée. La première forme est de beaucoup la plus commune ; elle s'accompagne d'une hypertrophie de la matrice, qui, dans certains cas, peut atteindre des dimensions considérables et remplir l'abdomen. Au point de vue histologique, il s'agit de tumeurs globo-cellulaires, ou fuso-cellulaires, plus rarement, de sarcomes à myéloplaxes, de lympho ou de mélano-sarcomes. Les types combinés ne sont pas très rares.

Le sarcome du col (*fig.* 110 et 111) est ordinairement dénommé *sarcome racémeux* (c'est le *sarcoma colli hydropicum papillare* des Allemands) à cause de la disposition en grappe de raisin qu'il affecte presque toujours ; un pédicule relie la tumeur à la surface interne du canal cervical. Chaque grain

de la grappe sarcomateuse présente : 1° une partie centrale, composée de tissu cellulaire lâche, finement fibrillaire et infiltré d'un liquide séreux ; 2° une partie périphérique formée de cellules arrondies ou fusiformes ; 3° à la surface, on trouve une ou plusieurs couches de cellules épithéliales cylindriques cubiques ou pavimenteuses.

Malinowsky (de Kazan) a publié, en 1912, une très intéressante monographie sur les sarcomes racémeux du col de l'utérus, travail basé sur 33 observations recueillies dans la littérature gynécologique. Il divise ces néoplasmes en deux groupes principaux : 1° les *sarcomes purs ;* 2° les *sarcomes associés*, caractérisés par ce fait qu'on rencontre, dans leur structure, des éléments provenant de tous les tissus de l'organisme. Au point de vue pathogénique, Malinowsky adopte la théorie de Meyer-Wilms : il s'agirait d'enclavements de cellules encore indifférenciées ayant en puissance le pouvoir de donner naissance, par différenciation plus ou moins complète, aux divers tissus, cellules entraînées par le canal de Wolff au cours de son évolution. Ces sarcomes combinés seraient donc des *tridermomes* ou des *triphyllomes*, bien qu'on n'y découvre pas nécessairement tous les éléments des trois feuillets embryonnaires. Ce fait explique bien la complexité histologique de ces néoplasmes.

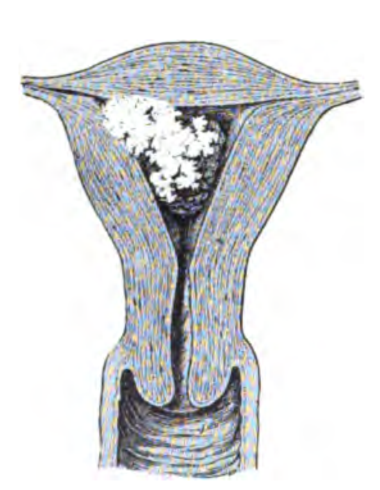


Fig. 168. — Sarcome utérin (type circonscrit).

Rien à dire de la symptomatologie, qui est celle du cancer.

Le pronostic est fort grave ; la récidive est immanquable et précoce, mais elle est presque toujours locale.

Le mal évolue en deux ou trois ans ; quelquefois la marche est aiguë et la mort survient au bout de cinq ou six mois.

L'extirpation large et précoce est le seul traitement à recommander; mais, jusqu'à présent, on ne posséderait pas un seul exemple de guérison durable.

PUECH et MASSABUAU ont rapporté, en 1909, un cas de néoplasme en grappe composé de tissus multiples, chez une femme de 59 ans. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un *adéno-fibro-myxo-chondro-sarcome*, en réalité d'un véritable *embryome*. La malade eut une récidive *cinq ans* après l'hystérectomie. Ce cas donne un démenti aux affirmations de MALINOWSKY quant à l'extrême rapidité de la repullulation.

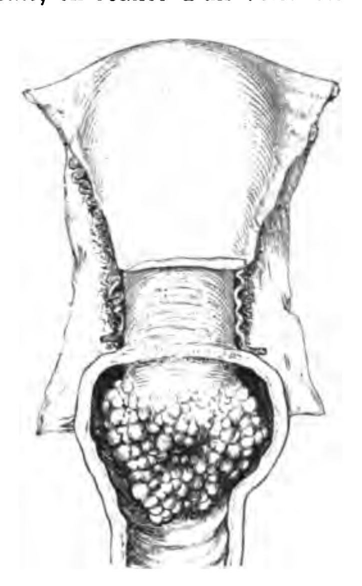


FIG. 169. — Sarcome en grappe du col.

Le *sarcome diffus* du *col* est beaucoup plus rare que celui du corps : MOQUOT et HERRENSCHMIDT en ont récemment publié un exemple (dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1912).

Le sarcome du parenchyme porte aussi les noms de *fibro-sarcome*, de *corps fibreux sarcomateux*, car, dans la plupart des cas, il s'agit d'une tumeur fibreuse ordinaire qui a subi la dégénérescence sarcomateuse. Mais le sarcome pariétal primitif existe incontestablement. Histologiquement, ces néoplasmes sont presque toujours des formes fuso-cellulaires, bien que le type globo-cellulaire ne soit pas absolument rare.

Les corps fibreux sarcomateux atteignent assez souvent des dimensions colossales. On sait qu'ils peuvent subir la transformation kystique ; on a même signalé des exemples de dégénérescence myxomateuse.

Symptômes et diagnostic. — Le sarcome racémeux du

col a un aspect trop carastéristique pour qu'on hésite à le reconnaître, au moins dans la grande majorité des cas. Néanmoihs, la confusion avec l'épithélioma cervical végétant n'est pas impossible : c'est le microscope qui tranchera la question

Le sarcome diffus de la muqueuse évolue comme un véritable épithélioma du corps de l'utérus ; il n'y a que l'examen histologique qui permette de différencier les deux processus, car, dans les cas un peu avancés, les femmes ont des pertes sanglantes et purulentes horriblement fétides.

Quant aux corps fibreux sarcomateux, impossible de les distinguer des fibro-myomes ordinaires sans recourir à la laparotomie ou à l'examen microscopique. Il n'en est pas moins certain que la marche assez rapide de quelques-unes de ces tumeurs permettra quelquefois de soupçonner la vérité ; de même, on pensera à la possibilité d'une transformation sarcomateuse toutes les fois qu'un corps fibreux vulgaire affectera soudainement des allures insolites (augmentation brusque de volume, aggravation des métrorragies, troubles de compression, altération de la santé générale). C'est, généralement, aux approches de l'âge critique ou immédiatement après cette échéance physiologique qu'on voit survenir la dégénérescence maligne ; et, si nous en croyons les faits observés par Beckmann, par Otto de Franqué, etc., cette redoutable complication serait plus fréquente qu'on ne l'a dit. On voit donc que l'arrivée de la ménopause n'a pas toujours pour résultat de favoriser la régression atrophique des fibro-myomes utérins ; depuis que les faits sont mieux étudiés, il semblerait même que cette influence curatrice constitue presque une exception.

Pronostic. — Le sarcome de l'utérus est une tumeur maligne dans toute l'acception du mot : abandonné à son évolution spontanée, il se termine toujours par la mort, après un laps de temps, qui, suivant les formes anatomiques, varie de quelques mois à quatre et même cinq ans. On doit donc le considérer comme un véritable cancer.

Néanmoins, il faut reconnaître que la moyenne de la survie est sensiblement plus élevée ici que dans le cancer épithélial. Les chiffres que nous venons de donner sont des

chiffres extrêmes ; d'après les statistiques les plus sérieusement établies, le sarcome diffus de la muqueuse, qui est la forme la plus sévère, tue les malades en deux ans, tandis que les femmes atteintes de fibro-sarcome ne succombent qu'au bout de quatre, cinq et même six ans. Par conséquent, au point de vue de la durée, le cancer conjonctif est moins grave que le cancer épithélial. La plupart des chirurgiens admettent aussi que la survie post-opératoire est plus longue dans le sarcome que dans l'épithélioma ordinaire.

Traitement. — C'est l'exérèsé large et précoce. Les petites tumeurs peuvent être abordées par le vagin ; mais les corps fibreux sarcomateux sont justiciables de l'hystérectomie abdominale.

Aux cas trop avancés pour pouvoir bénéficier de l'extirpation totale, on appliquera les mêmes soins palliatifs que dans l'épithélioma cervical.

Bibliographie. — O. de Franqué (*Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1899). — Ivanoff (*Wratsch.*, 1897). — Piquand (*Thèse de Paris*, 1905). — Van Buren Knott (*Annals of surg.*, 1901). — Robin (*Thèse de Bordeaux*, 1912). — Herb (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1910).

ADÉNOMES DE L'UTÉRUS

Au point de vue histologique, l'adénome pur est rare, mais il existe incontestablement : les faits rapportés par Lockstoed, par Recklinghausen, etc., l'attestent d'une manière formelle. C'est une tumeur épithéliale qui se développe aux dépens du tissu glandulaire de l'endomètre, mais qui n'est ni du cancer, ni du fibro-myome, ni de la métrite microbienne.

A l'œil nu, ce néoplasme affecte la forme d'une petite masse tantôt sesssile, tantôt pédiculée ; d'autre fois c'est une véritable plaque à contours bien dessinés. Au microscope, on découvre une prolifération glandulaire sans tendance à la désorientation cellulaire.

Quant aux caractères cliniques de la maladie, nous ne pouvons affirmer que fort peu de chose : l'utérus est un peu gros et il saigne comme lorsqu'il renferme des fibromes. On

comprendra donc pourquoi le diagnostic n'est presque jamais fait au lit de la malade.

M. PICK, élève de LANDAU (de Berlin), a montré que l'adénome pouvait provenir aussi des ***débris glandulaires wolffiens*** ou *mülleriens*.

Sous le titre d'*adenoma myometrii diffusum*, R. MAYER a le premier décrit, en 1906, une affection caractérisée par des végétations adénomateuses qui naissent de la face profonde de la muqueuse utérine pour s'infiltrer ensuite entre les faisceaux musculaires du parenchyme, lesquels sont eux-mêmes fortement hyperplasiés. L'utérus, plus ou moins augmenté de volume, conserve souvent sa forme normale ou bien il présente, çà et là, des bosselures ordinairement peu saillantes. La muqueuse offrirait tous les caractères de l'endométrite glandulaire hypertrophique.

Cliniquement, l'affection se caractérisait, assez mal d'ailleurs, par des métrorragies profuses, remarquables par leur ténacité ; elles seraient rebelles à tous les moyens hémostatiques habituellement employés.

L'adénome diffus se développerait surtout chez les femmes ayant un passé puerpéral très chargé et presque toujours aux environs de la ménopause.

Le seul traitement efficace est le sacrifice de l'organe atteint ; malheureusement nous ne sommes pas encore suffisamment renseignés sur les résultats éloignés de la cure radicale.

Quoi qu'il en soit, les auteurs ne s'entendent guère sur la pathogénie de l'adénome diffus : s'agit-il d'un processus inflammatoire à point de départ microbien ? Sommes-nous, au contraire, en présence d'une lésion d'ordre purement néoplasique ? En l'état actuel de la question, il nous serait impossible de formuler une réponse catégorique ; et même, quoi qu'en pensent les auteurs qui ont été à même de bien étudier l'évolution du mal, on peut se demander en quoi l'adénome diffus diffère-t-il de l'adéno-myome ou du sarcome diffus de la muqueuse ?

Terminons en rappelant que l'adénome diffus est une maladie très rare et qu'il n'existe, dans la littérature spéciale, qu'une vingtaine de cas authentiques.

Que faut-il entendre par ***adénome malin***, ***adéno-carci-***

nome, locutions si fréquentes dans la bouche des auteurs allemands ? Et comment différencier ces types malins de l'adénome pur que nous avons en vue ? Nous touchons là à un des points les plus obscurs de la pathogénie des néoplasmes épithéliaux de la matrice ; en l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de formuler une réponse satisfaisante, sinon péremptoire. Pour les uns, l'adénome pur est une entité bien définie qui peut évoluer sans subir la moindre modification structurale ; pour les autres, il s'agirait d'un *processus pré-épithéliomateux*, de la première étape du cancer vulgaire.

En attendant que l'histologie pathologique se prononce catégoriquement sur la nature réelle de l'adénome utérin, c'est à l'extirpation radicale qu'il faut s'adresser si l'on tient à mettre les malades à l'abri des surprises fâcheuses.

A propos d'une observation personnelle relative à une femme de 32 ans, MM. CARAVEN et MERLE viennent de publier dans la *Revue de* POZZI un travail d'ensemble sur une forme assez rare de l'adénome utérin : l'*adénome diffus des cornes utérines*. La lésion se présente sous l'aspect d'une petite tumeur dont le volume ne dépasse guère celui d'une noisette ; elle est composée de petites cavités kystiques limitées par des parois épithéliales ; elle siège au niveau de la corne utérine ou à l'union de la corne et de la trompe.

Les adénomes diffus de la corne utérine ne sont jamais énucléables ; leur pathogénie est encore assez obscure : les uns pensent qu'ils dérivent du corps de WOLFF, d'autres soutiennent qu'ils proviennent des canaux de MÜLLER ; enfin, il est probable que, dans certains cas, ces petits néoplasmes ont une origine purement inflammatoire.

Le diagnostic clinique est impossible, au moins dans l'immense majorité des cas ; quant au pronostic, la plupart des auteurs le considèrent comme mauvais, car ces tumeurs prédisposent à la grossesse tubaire et aux épanchements tubaires, sans parler de la récidive et de la dégénérescence maligne toujours à redouter.

Le traitement se réduit à l'ablation large de la tumeur et des annexes correspondantes ; en cas de lésions bilatérales, l'hystérectomie totale s'impose nécessairement.

ADÉNO-MYOMES

Ces tumeurs sont encore plus mal connues que les précédentes ; elles semblent, d'ailleurs, être fort rares.

Recklinghausen, Nagel, Kossmann, etc., en distinguent, au point de vue pathogénique, deux variétés : l'*adéno-myome congénital*, qui proviendrait des restes du corps de Wolff ou des canaux de Muller ; l'*adéno-myome acquis*, qui naîtrait aux dépens d'îlots glandulaires émanés de la muqueuse utérine.

Toujours est-il que le néoplasme paraît débuter par un noyau central glandulaire autour duquel viendraient se grouper les éléments fibro-myomateux ; il en résulte une tumeur mixte dont les deux parties constituantes se développent simultanément pour former une masse en apparence homogène et bien différenciée.

Nous avons vu, en étudiant les transformations des corps fibreux, que les éléments glandulaires de l'adéno-myome pouvaient subir la dégénérescence épithéliomateuse et envahir rapidement le parenchyme utérin.

Bibliographie. — Gorizontzoff (*Journal ok. jens. bolier*, 1911). — Cullen (*Adenomyom*, 1908). — Yamaraki (*Zeit. f. G. und Gyn.* 1910).

ENDOTHÉLIOMA ET PÉRITHÉLIOMA

Sous le nom d'*endothélioma*, on désigne aujourd'hui un type de tumeurs conjonctives, proches parentes du sarcome, mais dont le point d'origine résiderait dans les cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques.

Nous ne nous attarderons pas à décrire ces néoplasmes, car ils sont encore fort mal connus, et, jusqu'à nouvel ordre, absolument dépourvus d'intérêt clinique.

On peut en dire autant du *périthélioma*, autre variété du type conjonctif, qui se développerait aux dépens soit de la

couche la plus externe de la paroi de petits vaisseaux, soit des cellules endothéliales qui tapissent les gaines lymphatiques péri-vasculaires.

Au point de vue clinique, on ne connaît, pour l'instant, aucun signe qui permette de distinguer un endothélioma ou un périthélioma d'un sarcome, ni même d'un carcinome ordinaire. Ce qu'il importe de bien retenir, c'est que ces néoplasmes évoluent comme des tumeurs malignes et que le seul traitement à leur appliquer est l'exérèse large et précoce.

CANCER DE L'UTÉRUS

Le cancer de l'utérus est une tumeur maligne de nature épithéliale, qui se caractérise par sa tendance constante à envahir les tissus voisins et à récidiver sur place ou à distance, après ablation.

Tant au point de vue de l'évolution clinique qu'au point de vue thérapeutique, il est d'usage de décrire séparément, comme deux types bien tranchés, le *cancer primitif du col* et le *cancer primitif du corps* de la matrice.

CANCER DU COL

Étiologie et pathogénie. — C'est peut-être le plus fréquent de tous les cancers ; il est surtout commun entre trente-huit et quarante-huit ans ; cependant on le rencontre aussi plus tôt, de vingt-cinq à trente-cinq ans, et beaucoup plus tard, entre soixante et soixante-dix ans. On a signalé quelques cas de cancer utérin primitif chez des personnes de vingt ans, dix-neuf, dix-huit ans et même dix-sept ans ; inutile d'ajouter que ce sont là des exceptions (Glatter, Beigel).

L'influence de l'*hérédité* est admise par les uns, niée par les autres ; pour M. Richelot, elle est indéniable. Quant à la *grossesse*, personne ne croit plus qu'elle puisse jouer un rôle dans la genèse de l'épithélioma cervical.

D'après MM. Ruge, Veit, Freund et quelques autres, les

érosions du col, les ***déchirures*** provoquées par l'accouchement, certaines ***infections chroniques*** du museau de tanche ne seraient pas étrangères au développement du cancer cervical en intervenant comme des causes prédisposantes ; il n'en est pas moins certain que cette opinion n'a jamais été appuyée de faits probants.

Pour M. Richelot [1], l'utérus fibromateux et, d'une manière générale, l'utérus scléreux, est un terrain très favorable à la genèse des néoplasies malignes, car ces organes sont le siège de troubles nutritifs qui portent non seulement sur le parenchyme utérin, mais aussi sur la muqueuse ; aussi considère-t-il la « métrite glandulaire hypertrophique » qu'on trouve dans tous les utérus fibromateux comme l'***adénome bénin*** des histologistes allemands. Quoi qu'il en soit de cette doctrine, il est un fait indéniable, et que les recherches de tous les jours ne font que confirmer, c'est la très grande fréquence de l'épithélioma cervical chez les femmes dont l'utérus est plus ou moins farci de noyaux fibromateux.

Quant à la cause directe, réelle de l'affection, elle nous est encore complètement inconnue, comme, d'ailleurs, la cause de tous les autres cancers.

Anatomie pathologique. — Cliniquement, le cancer du col de l'utérus se présente sous trois formes principales : 1° la ***forme infiltrée*** ou ***nodulaire ;*** 2° la ***forme cavitaire ;*** 3° la ***forme papillaire*** ou ***végétante.***

La forme ***infiltrée*** débute par un noyau dur, à limites diffuses, qui s'accroît en infiltrant de plus en plus la lèvre du museau de tanche aux dépens de laquelle il se développe ; à

1. Richelot (*Société de chirurgie de Paris*, 1903, 28 octobre). — Voyez aussi : Blumenfeld (*Münch. med. Woch.*, 1899, n° 13). — Gusserow. *Les Néoplasmes de l'utérus*, 1886, à Stuttgard.

1. En 1909, Bumm a signalé un cas de cancer cervical chez une enfant âgée de *7 mois !* Elle fut opérée avec succès, mais succomba au bout d'un mois à la récidive (*Centralb. f. Gyn.*)

Le cancer du col de l'utérus est toujours un cancer *primitif ;* le *cancer secondaire* est extraordinairement rare ; d'après Offergeld, on n'en connaitrait que 22 cas authentiques ; le point de départ serait, par ordre de fréquence, l'estomac, le rectum, le rein et le cancer pluro-pulmonaire (*Centralb. f. Gyn.*, 1909).

un moment donné, la muqueuse est détruite et la tumeur s'ulcère. Parfois, le mal se déclare sous la forme de plusieurs petits noyaux durs qui finissent par se fusionner, se confondre pour constituer une infiltration en nappe qui s'étend de plus en plus.

Le cancer *végétant* revêt la forme d'un champignon ou d'un chou-fleur largement implanté sur une des lèvres du col ; à mesure qu'elle s'étend aux parties voisines, la tumeur

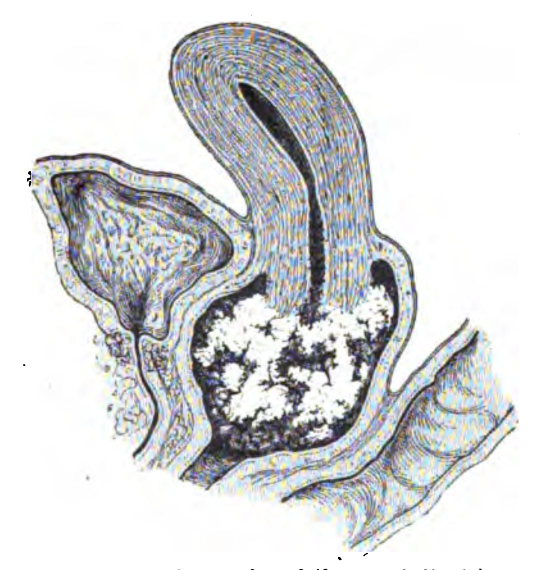


Fig. 170. — Cancer du col (forme végétante).

se désagrège, s'effrite dans la région primitivement envahie, de sorte qu'il n'est pas rare de trouver le col presque complètement détruit et les culs-de-sac vaginaux envahis par des végétations exubérantes ; d'autres fois, le champignon se pédiculise, et, dans les cas avancés, remplit toute la cavité vaginale : à un examen superficiel, on pourrait croire à la présence d'un polype fibreux (*fig.* 170 et 171).

Dans la forme *cavitaire*, les lèvres du museau de tanche peuvent être à peine déformées, car la tumeur progresse du

côté de la cavité cervicale dont elle évide progressivement les parois ; mais, à la longue, le processus ulcératif gagne les lèvres elles-mêmes ; dans les cas un peu anciens, le col n'existe pour ainsi dire plus, et, à sa place, on trouve un cratère dont les bords indurés et exubérants affleurent le fond des culs-de-sac vaginaux.

Ces trois types cliniques de l'épithélioma cervical ne sont pas souvent très nettement différenciés ; il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des formes combinées ; dans certains cas, la lèvre antérieure peut être transformée en un gros champignon, tandis que la lèvre postérieure est presque complètement détruite par une ulcération cratériforme, qui



FIG. 171. — Cancer du col (forme végétante).

a déjà envahi le cul-de-sac vaginal postérieur ; ou bien c'est la lèvre antérieure qui a disparu ; à sa place, on voit une surface ulcérée limitée par des bords très saillants et indurés. Mais la forme cavitaire est ordinairement mieux caractérisée que les autres, probablement parce qu'elle répond à un type histologique différent.

Au point de vue histologique, le cancer du col, tumeur épithéliale par excellence, se présente sous deux formes bien distinctes : l'*épithélioma pavimenteux* et l'*épithélioma cylindrique.*

L'*épithélioma pavimenteux* prend naissance aux dépens de la muqueuse vaginale du col ; en réalité, ce type représente plutôt un cancer vaginal qu'un cancer utérin. Toujours est-il qu'il évolue sous deux formes assez bien différenciées, la forme *tubulée* et la forme *lobulée.*

L'épithélioma pavimenteux tubulé se compose de boyaux de cellules anastomosés qui infiltrent en tous les sens les tissus, au sein desquels ils se développent. Au contraire, dans l'épithélioma pavimenteux lobulé, on voit des agglomérations cellulaires que séparent des travées fibro-musculaires. Dans certains cas, ces amas de cellules épithéliales constituent des globes épidermiques.

L'épithélioma pavimenteux, lobulé ou tubulé, correspond cliniquement au cancer végétant et au cancer infiltré dont

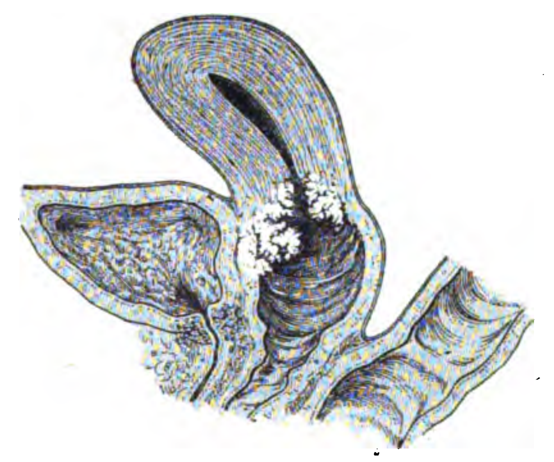


Fig. 172. — Cancer du col (forme cavitaire).

nous venons de parler ; il constitue la forme que les Allemands appellent *cancroïde* cervical.

L'*épithélioma cylindrique* représente le cancer cavitaire, le cancer intra-cervical, celui qui naît aux dépens des glandes de la muqueuse utérine proprement dite. C'est un cancer épithélial glandulaire. Il n'en est pas moins vrai qu'il peut naître aussi des éléments extra-glandulaires de l'endomètre ; dans les deux cas, il offre les plus grandes ressemblances avec le cancer de la muqueuse du corps, dont il sera question plus loin. Mais, quel que soit le point d'origine du processus, on voit des cavités d'apparence glandulaire dans

lesquelles les cellules se présentent sur plusieurs couches : celles des parties centrales ont perdu leur caractère cylindrique pour affecter les formes les plus variables et les plus atypiques ; puis les traînées épithéliales se diffusent dans les éléments musculaires sous-jacents.

MM. ABEL et LANDAU (de Berlin), les premiers, ont constaté que, chez les femmes atteintes de cancer cervical, la muqueuse du corps utérin offrait des lésions très analogues

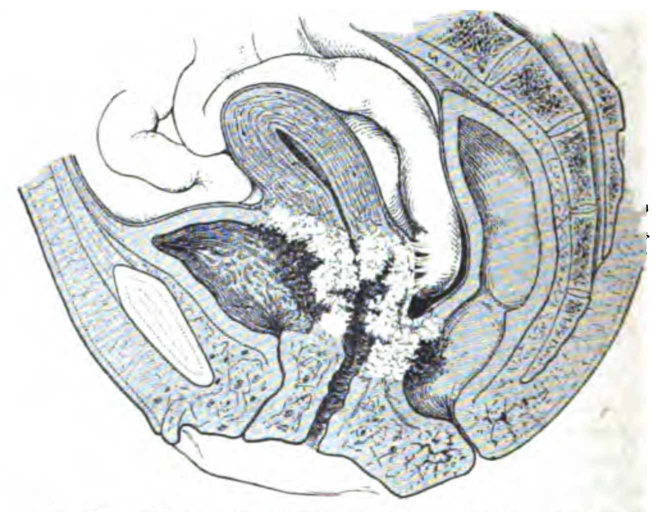


FIG. 173. — Cancer du col propagé à la vessie et au rectum.

à du sarcome ; ils en ont conclu que l'épithélioma cervical coïncidait presque toujours avec un sarcome de l'endomètre. Les recherches ultérieures de LÉOPOLD, de BIERFREUND, de ORTHMANN, etc., prouvèrent que les assertions de MM. ABEL et LANDAU ne reposaient sur aucune donnée sérieuse. Ce qui est certain, c'est que la muqueuse de l'utérus atteint de cancer cervical est rarement normale ; en effet, tous les histologistes s'accordent à dire qu'elle est le siège d'un processus hyperplastique intéressant à la fois les glandes et les éléments inter-glandulaires. Quelle est la nature de cette

hyperplasie ? En général, on admet, surtout en Allemagne, que cette lésion est celle de la métrite parenchymateuse chronique. D'autres soutiennent que ces altérations de la muqueuse n'ont rien de commun avec une infection ; enfin, M. RICHELOT affirme que cet épaississement de la membrane, cette hyperplasie est absolument identique à celle qu'on rencontre dans la sclérose utérine, et cette constatation n'a, à ses yeux, rien de paradoxal, puisqu'il est bien établi, d'après lui, que le cancer du col se développe ordinairement, sinon toujours, dans une matrice en train de se scléroser.

Une fois déclaré, le mal suit une marche progressive et envahit les tissus voisins. Si le cancer est un épithélioma pavimenteux, un cancroïde, au lieu de gagner le corps de l'utérus, il se porte vers la muqueuse vaginale des culs-de-sac, puis se propage au paramétrium et aux ligaments larges; s'il a débuté par la lèvre antérieure du museau de tanche, il ne tarde pas à gagner la paroi vésico-vaginale, puis la vessie elle-même, qu'il perfore en produisant une fistule entre ce réservoir et la cavité vaginale ; si c'est aux dépens de la lèvre postérieure du col que la néoplasie a pris naissance, l'infiltration s'étend du côté du cul-de-sac postérieur et descend ensuite vers la vulve ; l'envahissement du rectum est assez tardif, et, généralement, moins fréquent que celui de la vessie.

Le cancer est-il, au contraire, un épithélioma cylindrique, glandulaire ? Après avoir détruit le col, le mal gagne le corps utérin, puis le paramétrium et les ligaments larges.

La date de l'invasion ganglionnaire n'est pas la même pour tous les sujets ; il est, d'ailleurs, probable qu'elle varie avec le type histologique de la néoplasie ; toujours est-il que les auteurs sont loin de s'entendre sur ce point délicat. Ainsi, d'après PEISER, les ganglions seraient touchés dans 50 0/0 des cas au moment où les malades viennent consulter ; il croit aussi que l'envahissement s'effectue en plusieurs étapes, et les premiers touchés seraient les ganglions hypogastriques ; puis viendrait le tour des ganglions sacrés, iliaques externes, et, enfin, lombaires. D'après KLEINHANS, l'adénopathie n'existerait que dans 28 ou 30 0/0 des cas observés ;

pour WERTHEIM, qui a examiné 80 sujets, les ganglions étaient sains chez 31 malades, enflammés chez 22, infiltrés de cancer chez 27. Si nous en croyons FUNKE, l'engorgement ganglionnaire serait très variable et pourrait manquer même dans des cas avancés. Quant à MM. WINTER, CULLEN, FLAISCHLEN, la propagation du mal aux ganglions serait tardive, postérieure à l'envahissement du paramétrium. En définitive, nous ne savons rien de positif ; mais, comme nous le disions plus haut, il est vraisemblable que la précocité de l'invasion ganglionnaire dépend de la variété histologique du néoplasme et de la qualité du terrain sur lequel il évolue.

Dans les cas avancés, l'utérus, le vagin, la vessie, le Douglas, la plus grande partie des ligaments larges forment une masse compacte et diffuse, qui encombre le petit bassin et emprisonne comme dans une gangue les uretères, les vaisseaux et les plexus nerveux de la région.

Quelques auteurs ont avancé que le péritoine se défend assez longtemps contre l'invasion néoplasique à la faveur d'adhérences protectrices épaisses et résistantes.

Quant au paramétrium, l'infection cancéreuse l'atteint par plusieurs voies : par l'utérus, par le col, par les culs-de-sac vaginaux, par les lymphatiques. Les auteurs ne s'entendent guère sur la date de cet envahissement par rapport à l'engorgement ganglionnaire : les uns soutiennent, avec FLAISCHLEN, que les ganglions sont presque toujours touchés après le tissu cellulaire paramétritique ; d'autres affirment que les choses se passent d'une manière diamétralement opposée. D'après M. WERTHEIM, il n'y aurait pas de règle immuable à ce point de vue ; au cours de ses recherches, il a noté les particularités suivantes : chez 22 femmes examinées, le paramétrium était envahi et les ganglions sains ; chez 4 autres, les ganglions étaient touchés et le paramétrium indemne ; dans 22 autres cas, on trouva du cancer dans le paramétrium et dans les ganglions ; dans 32 cas, le paramétrium et les ganglions étaient intacts. Encore une présomption, sinon une preuve en faveur de la proposition formulée plus haut, à savoir, que le type histologique du néoplasme et le terrain de la victime jouent un rôle capital dans l'évolution clinique et anatomique du processus morbide.

Fait intéressant à retenir et assez inattendu, l'épithélioma du col produit rarement des *métastases viscérales ;* quand elles existent, elles siègent de préférence dans le foie, le poumon, le rein. La généralisation est plus rare dans le cancer pavimenteux que dans le cancer cylindrique.

OFFERGELD (de Francfort) s'est livré à d'intéressantes recherches sur la fréquence relative des *métastases rares*, et dans ce but, il a pratiqué plus de 1.200 autopsies de femmes tuées par le cancer du col ; il a trouvé 6 cas de métastases thyroïdiennes, 11 cas de métastases surrénales, 31 cas de métastases rénales. Dans une autre série, il a découvert 9 cas de noyaux secondaires dans le canal thoracique, 5 cas d'adénopathies sus et sous-claviculaires, 6 cas de noyaux dans les muscles, langue (muscles moteurs de l'œil) ; enfin, les métastases cardiaques seraient très rares, il n'a pu trouver que 17 cas sur 7.000 sujets examinés, toujours à la période cachectique.

Symptômes. — Le cancer de l'utérus peut s'annoncer brusquement et de la manière la plus inattendue par une crise aiguë d'urémie : c'est presque toujours après la ménopause qu'on a signalé ce mode de début véritablement anormal, et la cause réelle du mal n'est reconnue que s'il vient à l'idée de pratiquer le toucher vaginal. On constate alors que la matrice est immobilisée dans une sorte de gangue néoplasique qui emprisonne aussi les uretères, et de là l'origine des accidents.

Mais ces exemples sont exceptionnels.

Dans la très grande majorité des cas, l'épithélioma cervical débute de la manière la plus sournoise, en pleine santé, soit par de la *leucorrhée purulente striée de sang*, soit par des *métrorragies discrètes*, soit, enfin, par un *suintement séro-sanguinolent*, symptômes auxquels beaucoup de femmes font peu attention, car elles souffrent à peine ou pas du tout, et leur santé générale n'en est nullement influencée.

C'est l'apparition de la *douleur* qui finit par alarmer les malades et les décider à aller consulter. Souvent, plus souvent qu'on ne croit, il est déjà trop tard pour intervenir d'une manière efficace : en examinant ces malheureuses,

on trouve le col détruit, les culs-de-sac en partie envahis et la mobilité normale de l'utérus sensiblement compromise. D'ailleurs, l'intensité croissante de la douleur est une preuve que le mal a déjà gagné le paramétrium.

Heureusement, toutes les malades n'attendent pas cette phase avancée pour se décider à se faire soigner. Dans un certain nombre de cas, ce sont les pertes de sang intermenstruelles, l'*écoulement d'eau roussâtre* que l'on a comparé à de la *lavure de chair*, c'est cette leucorrhée grumeleuse souvent striée de sang, toujours très fétide, qui, par sa persistance, inquiète les femmes, d'autant plus que, sans ressentir à proprement parler des douleurs, elles ont de la pesanteur hypogastrique et des tiraillements lombaires intermittents, qui ne laissent pas de les préoccuper. Lorsque l'infiltration ne fait que commencer, la palpation bimanuelle montre que l'utérus jouit de sa mobilité normale et qu'il n'est pas sensiblement hypertrophié ; mais, en arrivant sur le museau de tanche, le doigt rencontre une lésion bien caractéristique : c'est une induration à peine saillante, un véritable petit noyau très dur, d'*une dureté spéciale*, à contours diffus ; au lieu d'un noyau unique, on peut sentir une petite surface bosselée, une sorte d'infiltration diffuse, très dure, dont la consistance ne rappelle pas du tout celles de noyaux fibromateux.

Chez d'autres femmes, le processus est plus avancé : le doigt rencontre une ulcération cratériforme, profonde, à bords saillants et indurés ; cette ulcération, qui a déjà entamé une des lèvres du museau de tanche, repose sur une base indurée et diffuse, dont la consistance trompe rarement. D'autres fois, la configuration du col est masquée par un champignon friable implanté sur une des lèvres, l'antérieure, par exemple, tandis que l'autre est à moitié détruite par une ulcération semblable à celle que nous venons de citer.

Dans les cas avancés, le fond du vagin est comblé par un champignon dont le pédicule se continue avec les culs-de-sac infiltrés, ou bien le col est remplacé par une surface ulcérée, friable, dont les bords saillants et durs répondent aux culs-de-sac largement envahis par le néoplasme. La mobilité de l'organe est diminuée ou même complètement absente.

Jusqu'à ces dernières années, le *toucher vaginal* et le *toucher rectal* étaient les seuls procédés d'exploration employés par les chirurgiens pour apprécier le degré d'extension du néoplasme hors des limites de l'utérus.

En effet, le toucher vaginal peut nous renseigner assez bien sur l'état de la cloison vésico-vaginale ; il nous permet de nous assurer de l'intégrité plus ou moins complète du paramétrium, de la souplesse des culs-de-sacs vaginaux, de la mobilité générale de la matrice. Ces données sont complétées par le toucher rectal, en ce qui concerne le cul-de-sac de DOUGLAS ainsi que l'état de la paroi antérieure du rectum.

Mais à ces procédés d'examen on associe aujourd'hui : 1° le *toucher intra-vésical ;* 2° la *cystoscopie.*

Le toucher intra-vésical, après dilatation de l'urèthre, a été préconisé par M. POLLOSSON : il nous renseigne très bien sur le degré d'envahissement du néoplasme aux dépens des parois du réservoir urinaire ; grâce à ce moyen, on pourra reconnaître si l'infiltration a gagné toute l'épaisseur de cette paroi, si la muqueuse est déjà ulcérée, enfin si une perforation est déjà faite ou sur le point de se faire. Quoi qu'il en soit, il est évident que ce toucher ne peut rendre service que chez les femmes atteintes de lésions avancées, que l'on se propose de traiter par la résection.

Tout autres et infiniment plus intéressantes sont les données fournies par l'*examen cystoscopique* recommandé pour la première fois par WINTER. Si nous croyons les résultats obtenus par ce chirurgien, résultats corroborés par les recherches postérieures de FROMME, de LANGEMEISTER, etc., l'examen endoscopique de la vessie des cancéreuses nous permet de tirer des conclusions sérieuses sur l'*opérabilité* ou la *non-opérabilité* des différents cas qui se présentent à notre examen.

En réalité, la cystoscopie nous renseigne avant tout sur l'état des parois vésicales et surtout de la cloison vésico-vaginale ; et disons tout de suite que les données fournies par cette exploration endo-vésicale est loin de toujours concorder avec celles que nous recueillons par l'examen digital et par l'examen au spéculum ; en d'autres termes, une femme proclamée opérable à la suite de l'exploration cli-

nique ordinaire (spéculum et toucher digital) peut être déclarée inopérable, si l'on se base sur les résultats donnés par l'endoscopie ; et la réciproque est rigoureusement vraie, au moins dans la majorité des cas étudiés.

Quelles sont les modifications du réservoir vésical révélées par l'examen cystoscopique? A quels signes peut-on reconnaître que telle malade est opérable dans de bonnes conditions, tandis que telle autre doit être traitée par les méthodes palliatives ? C'est ce que nous allons examiner immédiatement.

Les principaux symptômes que l'on peut recueillir au cours de l'examen cystoscopique sont les suivants :

1° Le *bombement vésical ;* il peut exister au niveau du *bas-fond*, au niveau du *trigone* ou occuper *tout le plancher vésical* ; d'une façon générale, le bombement indique qu'il y a soulèvement et refoulement de la paroi vésicale, *mais non envahissement.*

Le bombement est *simple* ou bien associé à des *dilatations vasculaires* ou à des *suffusions sanguines ;* dans ces cas, la paroi vésicale n'est pas seulement soulevée et refoulée, elle est, de plus, *congestionnée* à des degrés variables.

En d'autres termes, le *bombement* est un symptôme relativement peu grave et ne saurait constituer une contre-indication formelle à l'acte opératoire, au moins dans la plupart des cas.

2° La *déviation* du *trigone* est un signe assez rare ; elle indiquerait l'existence de la rétraction d'un des orifices urétéraux, et, parfois, l'envahissement d'un des uretères ; en somme, il s'agit d'un phénomène dont l'interprétation est encore obscure ; tous les auteurs ne s'accordent pas sur la signification qu'on doit lui accorder.

3° Le *plissement* de la *muqueuse ;* ces plis se présentent sous la forme de *bandes lumineuses* séparées par des *zones d'ombre*, bandes transversales, saillantes donnant à la muqueuse un aspect *fissuré*, *crevassé*, *rhagadé*. Ce plissement révèle la présence d'*adhérences* profondes intéressant la muqueuse. C'est un signe assez grave.

Ces plis siègent ordinairement en arrière du bourrelet inter-urétéral, loin du trigone.

Assez souvent ce plissement de la muqueuse prend un *aspect* de *porcelaine craquelée*, trahissant un envahissement étendu de la tunique musculeuse de la vessie.

4° L'*œdème* de la *muqueuse* constitue une des modifications les plus fréquentes et les plus importantes de la vessie des cancéreuses ; il s'observe chez les femmes atteintes de lésions cancéreuses *avancées* du côté de la vessie.

On distingue : *a) l'œdème diffus*, formant une voussure uniforme, étendue, en coussin ; *b) l'œdème à larges plis*, comparé *à un mur de glace*, s'observe dans le bas-fond ; *c) l'œdème bulleux*, siège surtout au niveau du trigone et des orifices urétéraux ; il se présente sous l'aspect de *vésicules* discrètes ou agminées, en *grappes*, etc. ; à la place de ces vésicules *rompues* on aperçoit de petites *ulcérations* ou des *membranes flottantes*.

5° L'*envahissement* de la *muqueuse elle-même ;* on observe de fines *granulations* blanchâtres, incrustées dans la muqueuse, ou bien des *formations papillaires* semblables à des *condylomes*, ou encore des *ulcérations véritables*, des *végétations*, etc.

Maintenant, quelle est la signification de ces différentes modifications endo-vésicales sous le rapport de l'opérabilité ?

1° Dans les cas franchement opérables, l'*examen cystoscopique* est, en règle générale, *négatif :* tous les gynécologues s'accordent sur ce fait ;

2° Il y a des cas parfaitement opérables, pour lesquels l'endoscopie ne révèle que des modifications tout à fait insignifiantes (léger bombement, plissement à peine appréciable, très légère déviation du trigone) ;

3° Toutes les fois que l'examen cystoscopique montre de l'œdème bulleux, des plis très accusés, des *vallonnements*, on fera bien de s'abstenir, car on s'expose à entreprendre une opération qu'il ne sera pas possible de mener à bonne fin, ou qu'on ne pourra achever qu'en sacrifiant une partie de la vessie ; en d'autres termes, on ferait une opération parfaitement inutile.

4° Mais, disons tout de suite qu'il y a lieu de tenir compte de certaines exceptions. Ainsi, l'expérience a établi de la manière la plus évidente : a) *que la cystoscopie a révélé*

des modifications vésicales fort graves dans des cas cliniquement opérables ; b) *que la cystoscopie a donné des résultats manifestement négatifs chez des malades déclarées cliniquement inopérables.*

Il nous paraît inutile d'insister sur l'importance pratique de ces deux ordres de constatations ; par conséquent, si nous en exceptons SCHAUTA et STOEKEL, qui n'ont aucune confiance en la cystoscopie, tous les gynécologistes, tant en France qu'à l'étranger, s'accordent aujourd'hui sur ce point, à savoir que toute hystérectomie dirigée contre le cancer doit être toujours précédée de l'examen endovésical ; 2° qu'il y a toujours lieu de tenir sérieusement compte des résultats fournis par cette exploration.

Ce n'est pas tout : la cystoscopie offre encore le grand avantage de nous renseigner sur l'état des orifices urétéraux, et il faut convenir que l'importance de cette donnée est considérable.

Voyons, maintenant, quels sont les résultats de l'endoscopie urétérale.

1° Les modifications relatives à l'aspect de ces orifices sont les suivantes :

a) Tantôt, il y a *béance* de ces orifices, qui sont en même temps soulevés par un *bourrelet* (*aspect cratériforme*) ;

b) D'autres fois, mais *rarement*, on aperçoit des *bourgeons* faisant saillie hors de ces orifices.

2° Les modifications de l'*éjaculation urétérale* sont aussi très importantes ; du côté malade, le jet est *plus fort*, *retardé*, ou *irrégulier* ;

3° Le *cathétérisme* fournit des renseignements plus positifs en révélant la présence de *points rétrécis* par *compression* ou par *infiltration*.

Le point rétréci est ordinairement unique, quelquefois multiple et siège toujours dans la base du ligament large, à une distance de l'embouchure variant de 1 à 6 centimètres ; le rétrécissement est plus ou moins serré, de sorte que la sonde passe à frottement ou ne passe pas du tout ; si elle passe, on obtient un écoulement de 20 à 30 grammes d'urine retenue derrière la sténose.

Mais c'est surtout la *valeur fonctionnelle de chacun des*

deux reins que le cathétérisme nous révèle, renseignement d'une importance primordiale ; aussi doit-on recourir à ce moyen toutes les fois qu'on se propose de faire une hystérectomie et, à plus forte raison, toutes les fois qu'on soupçonne l'infiltration commençante du paramétrium.

Au bout d'un laps de temps variable, mais qui n'est jamais considérable, la santé générale s'altère sérieusement ; l'appétit se perd, les forces déclinent rapidement, l'amaigrissement s'accentue tous les jours, et les téguments prennent cette teinte jaune paille qui annonce la période terminale. Épuisée par les pertes et par les souffrances qui sont devenues continuelles, la malade finit par succomber dans le marasme, à moins qu'elle ne soit emportée par une complication aiguë intercurrente : urémie, broncho-pneumonie, hémorragie foudroyante, etc.

En somme, on peut distinguer *deux phases* dans l'évolution de cette terrible maladie. La première se caractérise par la limitation des lésions ; le néoplasme est cantonné dans l'utérus, au moins en apparence ; les culs-de-sac sont indemnes et la mobilité physiologique de l'organe conservée. En général, la douleur proprement dite fait défaut, ou bien, chez les femmes très nerveuses, elle se réduit à de la pesanteur hypogastrique et à quelques tiraillements ; mais les pertes sanglantes ou séro-sanguinolentes ne manquent pour ainsi dire jamais. On a rapporté, cependant, des exemples d'épithéliomas qui avaient envahi les ligaments larges et le vagin sans se manifester autrement que par une leucorrhée fétide, très discrète : on a désigné cette forme exceptionnellement insidieuse sous le nom de *forme sèche* du cancer utérin.

Le signe caractéristique de la deuxième phase est la *douleur*, qui annonce la propagation du mal aux tissus voisins ; presque en même temps apparaissent les premiers indices du retentissement sur la santé générale : anémie, amaigrissement, pâleur des muqueuses et des téguments ; en examinant la malade, on trouve le vagin envahi, on constate que la mobilité de la matrice a diminué ou même que l'organe est devenu complètement immobile, etc.

Diagnostic. — Il est ordinairement facile, et la raison en est bien simple, c'est que la plupart des malades ne se décident à consulter un médecin que lorsque les lésions commencent à provoquer des troubles sérieux. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt rencontre au fond du vagin une sorte de champignon irrégulier, d'une dureté spéciale, implanté sur ce qui reste du museau de tanche ; ou bien c'est une ulcération qui a détruit une lèvre ou la plus grande partie du col, ulcération reposant sur une base indurée, au centre de laquelle est l'orifice interne agrandi et laissant pénétrer le doigt à une certaine profondeur; assez souvent, cette ulcération cratériforme est bordée d'une couronne de végétations friables.

Cette exploration provoque toujours une petite hémorragie et un écoulement séro-purulent horriblement fétide. En interrogeant cette femme, on apprend qu'elle ne souffre réellement que depuis quelques semaines, mais elle ne manque pas d'ajouter que sa leucorrhée purulente et ses pertes de sang datent d'environ un an. Cet ensemble est trop caractéristique pour faire hésiter : le diagnostic s'impose formellement.

En étudiant les symptômes, nous avons parlé des métrorragies qui se déclarent d'une manière si inattendue quelques mois ou même quelques années après l'établissement de la ménopause : il est tout à fait exceptionnel qu'elles aient pour cause une autre lésion que l'épithélioma. Ici aussi la nature réelle du mal se révèle avec une certitude absolue.

En revanche, le cancer qui commence n'est pas toujours facile à reconnaître ; dans bien des cas, c'est le microscope qui est chargé de trancher la question. Ce sont presque toujours les *métrites cervicales chroniques* qui donnent lieu à des méprises. Il y a, toutefois, des signes qui permettent de découvrir la vérité sans le secours de l'examen histologique. Dans le cancer, l'ulcération, si petite et superficielle soit-elle, est taillée à l'emporte-pièce ; il y a véritablement perte de substance ; de plus, elle repose sur une base d'une dureté *sui generis*, qu'il suffit d'avoir senti pour ne plus l'oublier ; enfin, elle saigne obstinément au moindre frôlement.

Rien de semblable dans la métrite chronique du col ; ici, ce qu'on qualifie d'ulcération est plutôt une érosion, sans perte de substance ; cette érosion repose sur des tissus souples, et elle ne saigne que si l'on fait intervenir une certaine force ; encore le suintement est-il insignifiant et se tarit-il presque aussitôt.

Mais il y a les exceptions : les caractères de l'ulcération manquent quelquefois de netteté, et celle-ci siège sur des tissus qui ont de la fermeté, sans toutefois offrir l'induration typique que l'on a l'habitude de trouver dans l'épithélioma ; enfin, la fétidité n'existe pas encore : nous avons rencontré un cas de ce genre, et nous ne crûmes pouvoir intervenir qu'après deux examens histologiques affirmatifs.

Il ne faudrait pas non plus oublier que, chez les femmes âgées, on a décrit une *endométrite chronique* qui s'accompagne d'une leucorrhée abondante, striée de sang, d'une *fétidité* comparable à celle du cancer ; le col peut même présenter des érosions blafardes, qu'il est bien difficile de différencier des altérations cervicales de certains cancers. Dans ces conditions, le secours du microscope est une précieuse ressource, mais nous avons un autre moyen de découvrir la vérité : c'est le traitement. Le curettage n'est même pas indispensable, il suffit de soins de propreté et de quelques pansements antiseptiques bien faits pour que tout rentre dans l'ordre.

Telles sont les causes d'erreur les plus fréquentes.

Il y a quelques autres lésions qui pourraient simuler le cancer. En premier lieu, le *sarcome racémeux du col ;* si la grappe est bien caractérisée, la confusion n'est guère possible. Toutefois, on peut se trouver en présence de lobules dégénérées, infectées secondairement, qui ressemblent beaucoup au champignon carcinomateux ; c'est le microscope qui décidera. Au vrai, la différenciation a une importance secondaire, puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, c'est l'exérèse qui s'impose.

Certains *nodules fibromateux* très durs, inclus dans une lèvre du museau de tanche, ont quelquefois empêché le clinicien de se prononcer avec certitude sans s'adresser au microscope. Le fait est extrêmement rare, car, pour un

doigt exercé, la *fermeté* du fibrome n'a jamais ressemblé à la *dureté* de l'épithélioma.

Nous n'insisterons pas sur la confusion possible avec le *chancre syphilitique* du col, localisation extrêmement rare, et trop caractéristique pour qu'on puisse s'y tromper. Nous verrons plus loin que le traitement spécifique a rendu quelquefois service et sauvé plus d'un utérus porteur d'une *ulcération scléro-gommeuse* qu'on pouvait prendre pour un cancer.

En terminant, rappelons qu'une *attaque d'urémie* est, quelquefois, l'unique signe révélateur de l'épithélioma utérin. Cette forme insidieuse est moins rare qu'on ne l'a dit ; comme les malades souffrent peu ou pas du tout, que les lésions n'occasionnent que de la leucorrhée striée d'un peu de sang, on n'a pas eu tort de dénommer ce type anormal *forme sèche du cancer cervical*. C'est le toucher vaginal qui met sur la voie du diagnostic ; ce mode d'exploration s'impose donc d'une manière formelle toutes les fois qu'on est appelé à se prononcer sur la cause d'une crise aiguë d'urémie survenant inopinément chez une femme qui n'est plus très jeune.

Évolution et pronostic. — Abandonné à son évolution spontanée, le cancer du col se termine toujours par la mort, après un laps de temps nécessairement variable, mais dont la durée ne se prolonge guère au delà de un an et demi à deux ans.

D'après Courty, la durée moyenne de cette affection serait de seize à dix-sept mois ; pour Simpson, elle serait de deux ans à deux ans et demi ; pour Gusserow, de douze mois seulement. « En général, dit Fritsch, on admet que le cancer du col évolue en deux ans, mais ce chiffre est certainement au-dessous de la réalité. » Schroeder et Hofmeier croient que l'épithélioma cervical, depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la terminaison fatale, dure de douze à dix-huit mois. Th. Gallard dit que la moitié des patientes succombent dans le courant de la première année, mais il cite l'exemple d'une de ses malades qui avait gardé son cancer pendant près de six ans.

Comme le dit avec beaucoup de raison M. RICHELOT, « nous ne pouvons estimer exactement la durée du cancer, puisque le début nous échappe. Sa marche est d'autant plus rapide que la femme est plus jeune ; cette règle est admise et elle est vraie ; mais il y a des exceptions. Nous tenons même à attirer l'attention sur la manière très différente dont se comportent, chez des femmes de même âge, des cancers en apparence identiques au point de vue de leur structure histologique et de leur siège. On opère des épithéliomas du col intéressant à peine le tiers ou la moitié d'une des lèvres, et le mal se reproduit à bref délai... D'autres, qui ont presque détruit le museau de tanche, donnent des succès inespérés ; donc, malgré l'étendue et la profondeur de l'ulcération, l'envahissement n'était pas commencé ou était commencé à peine. »

Il n'en est pas moins vrai que des auteurs dignes de foi ont rapporté des exemples d'une durée vraiment extraordinaire. COURTY a vu des femmes vivre sept et même huit ans ; EMMET en a observé qui ont porté leur cancer pendant cinq, six et même huit ans. Mais les épithéliomas à marche galopante ne sont rien moins que rares, et l'on a vu des malades succomber en moins de cinq ou six mois. Une femme que nous opérâmes environ six semaines après l'apparition des métrorragies, fit sa récidive — qui l'emporta en un mois et demi — quatre mois à peine après l'extirpation de la matrice (hystérectomie vaginale). Et, pourtant, il s'agissait bien d'un cancer dans toute la force du terme, puisque la lésion que la malade présentait au moment de l'intervention consistait en une ulcération de la lèvre antérieure du museau de tanche — le cancroïde typique de SCHROEDER — pas plus grande qu'une pièce de cinquante centimes. La durée totale de la maladie semble avoir été de six mois. On a, d'ailleurs, signalé des épithéliomas cervicaux à évolution encore plus rapide : cinq mois et même trois mois.

Le cancer du col peut-il subir des temps d'arrêt ? L'a-t-on jamais vu ralentir soudain sa marche, après avoir eu une évolution en quelque sorte classique ? Le cas que nous étudions actuellement tendrait à nous le faire croire : par sa singularité, il mérite de nous arrêter un moment. Il s'agit d'une

femme de soixante-quatre ans, de bonne santé habituelle, que nous avons eu l'occasion d'examiner pour la première fois, il y a un an ; elle présentait alors tous les symptômes d'un épithélioma cervical absolument inopérable : métrorragies modérées alternant avec des pertes profuses d'eau rousse horriblement fétide ; col détruit, absent, remplacé par une cavité cratériforme à bords saillants et durs ; infiltration diffuse en nappe des deux tiers supérieurs du vagin, aussi bien en avant qu'en arrière et sur les côtés ; utérus complètement immobile, paramétrium largement envahi ; douleurs continuelles, amaigrissement notable, pâleur cireuse des téguments, etc. A l'en croire, son mal avait débuté un an auparavant. Les lésions étaient tellement avancées qu'une intervention même palliative nous parut matériellement impossible. Nous nous bornâmes à prescrire des irrigations à l'eau oxygénée, des toniques et des piqûres de morphine. Six mois après, nous ne fûmes pas médiocrement surpris de constater une amélioration remarquable de l'état général : les douleurs avaient disparu, la malade mangeait de bon appétit, dormait bien, se sentait beaucoup plus forte et se félicitait de ce qu'elle appelait sa guérison. Cependant l'examen local ne laissait aucun doute sur l'exactitude de notre premier diagnostic : l'infiltration du vagin était descendue jusqu'à la vulve, il y avait une perforation de la vessie et un écoulement continuel d'urine dont la malade se préoccupait assez peu, fermement persuadée que cet accident était dû à un peu de faiblesse, et qu'il ne tarderait pas à disparaître.

Comment expliquer ce singulier contraste entre les lésions locales et la santé générale, sans admettre un arrêt dans l'évolution du processus néoplasique ou, tout au moins, une inégalité de marche entre les lésions vaginales et les lésions utérines ?

Complications. — L'*hémorragie foudroyante*, mortelle, est un accident de la période terminale, accident, d'ailleurs, assez peu commun. Nous en avons observé un exemple chez une femme de quarante-sept ans, à la suite d'une récidive opératoire.

L'*urémie* est, au contraire, une complication très fréquente ; elle est due, nous le savons, à la compression des uretères par l'infiltration néoplasique du paramétrium. C'est aussi un accident tardif.

On a signalé des *cystites purulentes* qui peuvent être le point de départ de *pyélo-néphrites ascendantes* fort graves.

La *phlegmatia*, l'*embolie* sont moins fréquentes qu'on ne croirait ; il en est de même de la *péritonite perforante* rapidement mortelle.

Quant à la *grossesse*, nous verrons plus loin qu'elle constitue une complication extrêmement fâcheuse et nullement exceptionnelle.

Nous avons déjà attiré l'attention sur la *rareté des métastases* de l'épithélioma dans les viscères.

En somme, c'est à la cachexie, à l'urémie et à la dégénérescence viscérale que succombent presque toutes les femmes atteintes d'épithélioma cervical.

Traitement palliatif. — Toutes les fois que le néoplasme a franchi les limites de l'utérus, l'exérèse est contre-indiquée; c'est au traitement palliatif qu'il faut recourir.

On a essayé une foule de médications pour prolonger l'existence de ces malheureuses, et surtout pour atténuer leurs indicibles souffrances.

Dans les cas réellement trop avancés, avec propagation très étendue à la vessie ou au rectum, l'intervention du praticien se réduit à bien peu de chose : irrigations vaginales antiseptiques et chaudes pour combattre l'hémorragie et la fétidité des pertes, piqûres de morphine pour calmer la douleur ; toniques pour lutter contre la déperdition progressive des forces et la cachexie.

Les irrigations vaginales, faites avec des solutions antiseptiques assez énergiques (permanganate à 1 p. 600, sublimé à 1 p. 1.000, formol à 1 p. 1.000, eau oxygénée surtout) et à une température élevée (40° à 45°), sont renouvelées plusieurs fois par jour ; dans l'intervalle, on place, dans le vagin, des mèches de gaze stérilisée imbibées d'eau oxygénée étendue (eau oxygénée, 1 partie ; eau stérilisée, 3 parties) ; la vulve est ensuite recouverte de plusieurs doubles de gaze

stérilisée auxquels on ajoute un grand carré de coton hydrophile, et le tout maintenu au moyen d'un large bandage en T.

Pour exciter l'appétit, presque toujours absent, les ***gouttes amères de Baumé*** (VI gouttes avant chaque repas), la ***teinture de noix vomique*** (X gouttes par jour), le ***condurango*** rendent des services ; voici une bonne formule :

Extrait fluide de condurango......	ãã 5 gr.
Teinture de noix vomique.........	
Eau de laurier-cerise..............	

XX gouttes dans un peu d'eau sucrée avant chaque repas.

L'alimentation doit être simple et substantielle : boulettes de viande crue râpée saupoudrées de sucre, laitages fermentés (*kéfir*, *koumys*, etc.). Une mention spéciale est due à l'***extrait de viande américain*** dit « jus de Valentin » : trois à quatre cuillerées à café dans un peu de bouillon léger suffisent pour soutenir les malades pendant vingt-quatre heures. Nous avons eu l'occasion de prescrire ce produit et d'en surveiller les effets chez plusieurs cancéreuses, et nous sommes persuadé qu'il n'y a pas de meilleur aliment pour ces infortunées.

Pour ne pas fatiguer l'estomac, on évitera de recourir aux toniques ordinaires, tels que le fer, le quinquina, les élixirs, la kola ou la coca. On pourra les remplacer très avantageusement par des injections hypodermiques de ***cacodylate de soude :***

Cacodylate de soude.................	1gr,50
Eau distillée stérilisée................	30 gr.

1 centimètre cube renferme 5 centigrammes de cacodylate. Une injection sous-cutanée tous les 2 jours, puis tous les jours, pendant 2 ou 3 semaines.

Les injections hypodermiques de ***sérum physiologique*** seront aussi utilisées, en même temps que le cacodylate ou alternativement tous les deux jours ; nous en dirons autant

des piqûres d'*huile camphrée* (de 0,10 à 0,50 centigrammes en 24 heures).

Contre la douleur, l'insomnie, l'intolérable malaise qui épuise ces malades, les *piqûres de morphine* sont souveraines ; mais nous tenons à faire observer que ce médicament n'est pas toujours bien toléré. Assez souvent, plus souvent même qu'on ne croit, ces injections provoquent des nausées et des vomissements, et cela avec des doses minimes (1/4 à 1/2 centigramme) ; c'est un gros inconvénient, si l'on songe qu'il y a un intérêt majeur à ménager les voies digestives. Dans ces cas, l'usage du *chlorhydrate d'héroïne* est tout indiqué :

Chlorhydrate d'héroïne........	0,10 centigr.
Eau distillée stérilisée.........	10 gr.

Faire de 1 à 3 injections hypodermiques de 1 centimètre cube en 24 heures.

D'après quelques auteurs, la *dionine* serait encore préférable :

Dionine......................	0,10 centigr.
Eau distillée stérilisée	10 gr.

Aux mêmes doses que l'héroïne.

En alternant l'usage de ces trois sels, on peut arriver à retarder sensiblement la date de l'accoutumance.

Dans les formes très douloureuses, avec insomnie rebelle, on associe la médication hypodermique aux médicaments *narcotiques*, tels que le *chloral* et surtout le *trional*[1], très bien supporté par l'estomac :

Trional.......................	0,75 centigr.
Codéine......................	0,01 —

Pour 1 cachet, à prendre le soir avec une 1/2 tasse de tisane très chaude.

1. Le *véronal*, l'*adaline*, le *luminal* (0,50 à 1 gr.) rendent aussi des services; le *sédol* (contenant de la scopolamine, etc.) mérite une mention spéciale, mais *il faut le prescrire avec prudence, commencer par 1/2 ou même par 1/4 d'ampoule ordinaire.*

Citons aussi le *bromidia*, qui réussit parfois admirablement à la dose de 1 cuillerée à café, dans 1/2 tasse de tisane sucrée pour masquer autant que possible le goût âcre de cette préparation.

Dans les cas moins avancés, le traitement chirurgical, tout en ne jouant que le rôle d'un palliatif, peut procurer des améliorations et des survies qu'on aurait bien tort de dédaigner. La méthode de choix consiste à détruire les végétations cancéreuses avec la *curette combinée à la cautérisation ignée*.

« L'anesthésie générale est nécessaire, dit RICHELOT, pour mener à bien cette opération. Après avoir désinfecté le vagin, on râcle avec la curette, doucement et progressivement, tous les bourgeons qui s'effritent et on s'arrête sur les tissus résistants. C'est affaire de tact de ne pas aller trop loin ; la plus grande prudence est nécessaire, surtout en avant, pour épargner la vessie ; en arrière, un coup de curette brutal pourrait déterminer l'ouverture de la cavité de DOUGLAS et la déchirure du rectum. Si pareil accident survenait, il faudrait placer dans la perforation une mèche de gaze iodoformée ; l'infection du péritoine peut être ainsi prévenue. »

Le curettage de ces masses exubérantes s'accompagne d'un écoulement sanguin très abondant, mais qui ne doit pas effrayer, car, après avoir détaché tous ces champignons néoplasiques, il suffit de promener la grosse tige sur thermocautère sur les surfaces cruentées pour avoir promptement raison de l'hémorragie. Cette cautérisation doit être sérieusement faite, on insistera longuement sur les parties éloignées de la vessie et du Douglas.

La cautérisation terminée, on donne une injection antiseptique qui entraîne les caillots et autres débris ; dans le vagin on place des mèches de gaze antiseptique (iodoforme, salol, ferripyrine), après quoi la malade est reportée dans son lit.

Cette petite opération est généralement très bien supportée, et, chose curieuse, les malades, au lieu de se plaindre des effets immédiats de la cautérisation, se déclarent soulagées dès le deuxième ou le troisième jour. C'est le moment de

renouveler la gaze qui bourre le vagin ; l'opérée est placée en travers du lit, le chirurgien retire les mèches avec précaution ; on peut faciliter leur décollement en dirigeant sur elles un jet d'eau au moyen de l'injecteur ordinaire ; les tampons enlevés, on aperçoit au fond du vagin des surfaces noirâtres : ce sont les eschares déterminées par la lame du thermocautère. On administre une grande injection, et la cavité vaginale est de nouveau tamponnée avec de la gaze. Ce pansement doit être changé tous les deux jours. Vers le huitième jour, toutes les eschares sont tombées, laissant à découvert des surfaces bourgeonnantes d'un rouge vif : la malade ne perd plus une goutte de sang. Attouchement de ces bourgeons de bonne nature avec de la teinture d'iode ou du chlorure de zinc à 1 p. 50, et tamponnement avec de la gaze stérilisée. A la fin de la troisième semaine, les pansements vaginaux sont supprimés, mais on recommande à l'opérée de prendre, matin et soir, une injection faiblement antiseptique de 1 litre.

En Allemagne, beaucoup de chirurgiens remplacent la cautérisation ignée par les caustiques chimiques, et c'est le *chlorure de zinc* qui est surtout en honneur, méthode autrefois recommandée par Demarquay, Marion Sims, Kœberlé, Schroeder, vulgarisée par Van de Warker.

On se sert de solutions aqueuses très concentrées, à 1 p. 20 et même à 1 p. 5. Fritsch ne craint pas d'employer ce caustique dans la proportion de 1 p. 2 ; on en imprègne des tampons d'ouate hydrophile qu'on place dans la cavité creusée par la curette, et le reste du vagin est bourré avec de la gaze stérilisée ; pour prévenir les brûlures des parois vaginales, on enduit celles-ci d'une épaisse couche de vaseline.

Ces tampons doivent rester en place pendant vingt-quatre heures ; ils sont ensuite remplacés par des lanières de gaze antiseptique, que l'on renouvelle tous les jours pendant environ une semaine, après quoi on procède à une nouvelle application de chlorure de zinc, s'il y a lieu.

Tous les auteurs conviennent que les cautérisations au chlorure de zinc peuvent amener des accidents fort graves : on a signalé des perforations de la vessie, du rectum, du

cul-de-sac de DOUGLAS, etc., perforations dues à une application défectueuse du traitement ; manié avec prudence, ce caustique n'est guère plus dangereux que le thermocautère ; et, d'après RICHELOT, son action thérapeutique serait supérieure : « Nous en avons tiré profit, dit-il, et, par un emploi judicieux, on peut en obtenir de meilleurs résultats que du fer rouge ; il assèche mieux le foyer morbide, il paraît enrayer le mal et calmer temporairement les douleurs. » Ce n'est guère l'avis du professeur FRITSCH, qui reproche à ce caustique d'être atrocement douloureux pendant et longtemps après son application.

D'autres caustiques ont encore été préconisés pour le traitement du cancer inopérable, et parmi eux nous devons citer: le *perchlorure de fer*, l'*acide acétique*, l'*acide chromique*, l'*acide nitrique fumant*, le *brome*, la *potasse caustique*, la *teinture d'iode*, la *pâte de* CANQUOIN, le *caustique de* FILHOS, l'*eau oxygénée* à 12 volumes, employée pure de tout mélange avec l'eau. La plupart de ces produits sont d'un maniement trop délicat pour mériter de passer dans la pratique courante ; bien entendu, nous en exceptons la teinture d'iode, le FILHOS et l'eau oxygénée ; mais l'iode et l'eau oxygénée ne sont pas suffisamment énergiques pour pouvoir produire autant d'effet que le chlorure de zinc ou le fer rouge ; quant au caustique de FILHOS, il n'a pas encore été utilisé contre le cancer — du moins à notre connaissance, — mais, si nous en jugeons par ses bons effets dans la métrite cervicale, il y a tout lieu de croire que son efficacité n'est pas inférieure à celle du chlorure de zinc.

Le *carbure de calcium*, conseillé par M. GUINARD, a rendu quelques services. Cette méthode consiste à placer au contact du museau de tanche de petits fragments de carbure, après quoi le vagin est tamponné avec de la gaze aseptique. Sous l'influence des liquides sécrétés par le néoplasme ulcéré, cette substance se décompose en acétylène et en oxyde de calcium. Au bout de deux jours, le pansement est enlevé, et l'on administre une injection chaude ; par l'examen au spéculum, on aperçoit au fond du vagin des eschares grisâtres, qui tombent et laissent à leur place une surface bourgeonnante (1896).

En cas de résultat insuffisant, on peut recommencer la séance après avoir accordé à la patiente quelques jours de repos.

Ce traitement a l'inconvénient d'être extrêmement douloureux pendant les premières heures, et de dégager une odeur d'acétylène absolument intolérable. Quant à son efficacité, il est indéniable que les hémorragies s'arrêtent, que la fétidité disparaît avec la chute des végétations cervicales, que les douleurs elles-mêmes s'atténuent d'une manière remarquable : il y a des malades qui cessent complètement de souffrir pendant plusieurs semaines. Mais on obtient exactement les mêmes résultats par le curettage et la cautérisation ordinaire; il n'y a donc pas lieu de proclamer cette méthode supérieure aux autres; nous la tenons même pour inférieure, car il est impossible de limiter l'action du caustique, reproche qu'on ne saurait adresser à la curette.

Il n'est pas possible de clore ce chapitre sans dire un mot des *ligatures atrophiantes des artères utérines et hypogastriques*, imaginées par H. Kelly dans le but d'amener l'atrophie du tissu utérin. L'exemple donné par ce chirurgien fut suivi par un grand nombre d'opérateurs parmi lesquels il faut citer Pryor, Polk, Roux (de Lausanne, etc.). Aucune de ces tentatives n'a donné de résultats encourageants, et la méthode est, aujourd'hui, complètement abandonnée.

On ne saurait non plus passer sous silence les essais de traitement par les *injections interstitielles* faites dans l'épaisseur des tissus, à la limite de la zone d'envahissement. Thiersch s'est servi du *nitrate d'argent* en solution concentrée ; Schramm a employé, dans le même but, la *liqueur de Van Swieten ;* Moosetig Moorhof, la *pyoctanine*, Schultz, l'*alcool absolu*, etc. On ne connaît pas un seul cas authentique de guérison, ni même d'amélioration évidente survenue sous l'influence de ces différents remèdes.

La *ciguë*, la *térébenthine de Scio*, l'*extrait de grande chélidoine* ne méritent pas de nous arrêter : il nous suffira de les avoir énumérés.

En terminant, nous devons signaler les résultats parfois

encourageants obtenus à l'aide de certains produits tels que l'*électro-cuprol*, la *cuprase*, le *séléniol*, etc., : des praticiens absolument dignes de foi affirment avoir observé des survies de plusieurs années. Comme il s'agit d'une médication en tout cas inoffensive, on aurait bien tort de la repousser systématiquement et de parti pris.

Conclusions. — En présence d'un cancer cervical inopérable, la première indication à remplir est le curettage énergique du néoplasme, suivi de la cautérisation des surfaces avivées ; le fer rouge doit être préféré aux caustiques chimiques, même au carbure de calcium, car il est presque toujours possible d'en limiter l'action ; quant aux caustiques qu'on abandonne au fond du vagin, l'intensité de leurs effets ne saurait être prévue et les fâcheuses surprises ne sont pas très rares.

La seconde indication qui se pose sont les soins donnés à l'état général; nous en avons déjà parlé (cacodylate de soude, injections de sérum physiologique, alimentation substantielle, etc.).

En dehors des cautérisations et du curettage, les soins locaux ont une très grande importance, surtout au point de vue des symptômes douloureux. Il est essentiel de lutter contre la congestion du petit bassin en prescrivant fréquemment des purgatifs légers, des laxatifs, des lavements évacuateurs ; enfin, les petits lavements calmants (antipyrine et laudanum), les suppositoires belladonés ou morphinés conviennent admirablement à ces malades.

La question des injections hypodermiques de morphine, d'héroïne ou de dionine a une réelle importance ; aussi longtemps que la santé générale n'est pas sérieusement compromise, on fera bien de ne pas abuser de cette précieuse ressource ; la douleur sera combattue par d'autres moyens : suppositoires, lavements à l'antipyrine que la malade devra garder, grands lavements évacuateurs et laxatifs répétés pour amener la décongestion du pelvis et agir indirectement sur l'élément névralgie ; trional, bromidia, chloral, sédol contre l'insomnie, etc.

Mais, dès que la maladie sera entrée dans sa phase termi-

nale, les piqûres calmantes ne devront plus être ménagées, c'est le seul moyen efficace dont nous disposions pour adoucir les derniers moments de ces infortunées.

Quelle est la valeur du traitement palliatif ? Les statistiques nous montrent que le curettage associé aux cautérisations est très souvent suivi d'améliorations tellement marquées qu'elles donnent aux malades l'illusion d'une guérison réelle ; tous les chirurgiens ont observé des faits de ce genre, aussi avons-nous quelque peine à nous expliquer le dédain de quelques-uns pour la médication palliative [1].

Traitement curatif. — C'est le traitement chirurgical ; il consiste dans l'extirpation large et précoce de l'organe malade.

Tant que l'hystérectomie vaginale totale passa pour une intervention meurtrière, la plupart des chirurgiens préféraient recourir à l'amputation pure et simple du col cancéreux, méthode qui fut patronnée en France par VERNEUIL, à l'étranger par BRAUN, par BYRNE et par SCHROEDER. On doit même ajouter que cette *hystérectomie partielle* a eu des partisans très convaincus, qui n'ont pas hésité à opposer ses résultats à ceux de l'exérèse radicale.

AMPUTATION DU COL CANCÉREUX. — On pouvait choisir entre plusieurs procédés.

VERNEUIL soutenait très sérieusement que l'excision sous-

1. Nous devons mentionner, à titre de curiosité, l'observation récemment publiée par M. HESS (de Berlin) et relative à une cancéreuse guérie à la suite d'un simple *curettage explorateur ;* et pourtant il s'agissait d'un adéno-carcinome (contrôlé par l'examen histologique) de la muqueuse du corps utérin, caractérisé cliniquement par des métrorragies, de la leucorrhée très fétide, et un état général précaire. Revue au bout de quatre années, cette femme, âgée de 45 ans, paraissait complètement guérie (plus de pertes sanglantes, plus de fétidité, santé générale florissante, utérus en apparence normal). M. HESS est très embarrassé pour expliquer le mécanisme de cette guérison inattendue; il suppose que, le néoplasme étant minime et superficiel, il a suffi d'un bon coup de curette pour réaliser l'exérèse radicale en dépassant largement les limites des tissus envahis (*Deut. med. Woch.*, 1913).

vaginale du col au moyen de l'écraseur était « plus simple, plus efficace, moins dangereuse » que l'ablation de la matrice entière. BRAUN se bornait également à supprimer le museau de tanche, mais, au moins, il se servait d'un instrument tranchant ou de l'anse galvanique. C'était aussi la technique adoptée par KŒBERLE et par PAWLIK.

En 1879, SCHROEDER essaya de rendre l'exérèse moins illusoire en sectionnant le col tout près de l'isthme, c'est-à-dire au-dessus de l'insertion vaginale, mais sans ouvrir le péritoine. Il décrivit un procédé, qui sert encore aujourd'hui, mais seulement contre l'hypertrophie du col ou pour provoquer la régression du corps utérin dans certains cas de fibromes ou de sclérose utérine. Nous en avons déjà parlé.

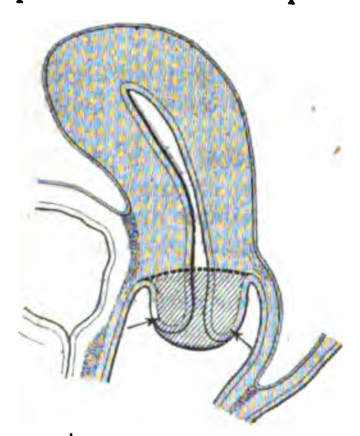


FIG. 174. — Amputation supra-vaginale (SCHROEDER).

Après avoir incisé circulairement le vagin autour du museau de tanche, on refoule la vessie et l'on isole le segment inférieur exactement comme dans le premier temps de la colpo-hystérectomie. On procède ensuite à la découverte des artères utérines, qui sont liées avec soin à la base des ligaments larges, au moyen d'un gros catgut et d'une aiguille courbe ; il vaut mieux faire plusieurs ligatures, afin d'être bien certain d'avoir lié toutes les branches un peu importantes du tronc utérin ; au cours de ces manœuvres, on tâchera d'éviter l'uretère, qui est tout à fait voisin. L'hémostase étant ainsi assurée, on divise tout le segment inférieur en deux valves en débridant les commissures jusqu'au ras de l'orifice interne ; il ne reste plus qu'à exciser chaque moitié par une section au bistouri franchement perpendiculaire ou bien légèrement oblique en arrière, par rapport au grand axe de l'utérus (*fig.* 174). Le sang coule abondamment ;

on lie quelques vaisseaux, s'il y a lieu, mais l'hémorragie n'est complètement arrêtée qu'après suture de la tranche circulaire du vagin au rebord du canal intra-utérin ; en faisant cette suture, on s'efforcera d'affronter les deux muqueuses aussi parfaitement que possible (*fig.* 175 et 176).

Dans la cavité utérine — préalablement curettée avant l'amputation — on introduit une petite mèche de gaze stérilisée. Tamponnement du vagin avec de la gaze salolée ou iodoformée ; on n'oubliera pas de tasser un peu cette gaze contre le moignon utérin, afin de prévenir tout suintement ultérieur par la ligne des sutures.

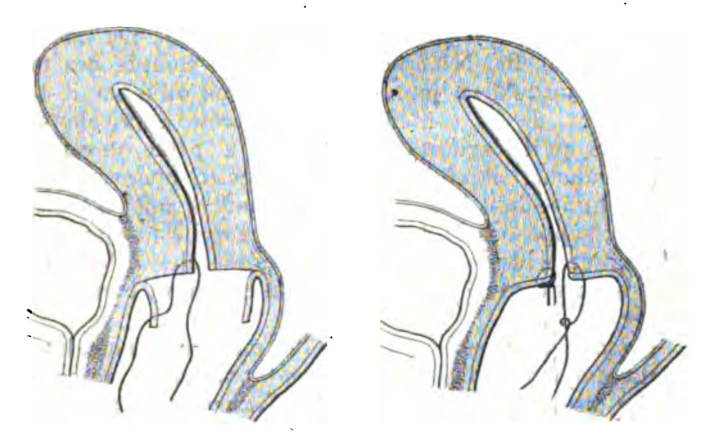


FIG. 175 et 176. — Amputation supra-vaginale (SCHROEDER).

Le premier pansement est fait au bout de quarante-huit heures. Inutile d'administrer des injections. On se bornera à enlever les mèches, et on ne renouvellera que celle du vagin. On continue de la sorte tous les deux jours. L'opérée pourra quitter son lit du 15e au 20e jour.

Si nous en croyons les observations de l'époque, l'amputation du col aurait procuré quelques survies remarquables : trois ans, cinq ans, sept ans (VERNEUIL) ; quatre ans (SCHWARTZ) ; deux ans, trois ans (BRAUN, PAWLIK). Étaient-ce bien des cancers ?

Aujourd'hui, il ne viendrait à l'idée d'aucun chirurgien français de traiter l'épithélioma utérin par l'extirpation du col. A l'étranger, l'amputation haute a encore quelques timides partisans. Ce n'est pas sans étonnement qu'on lit, dans un mémoire de M. O. DE FRANQUÉ publié en 1901, que cette méthode peut donner des guérisons durables si le cancer est un cancroïde et si la cavité cervicale est indemne. M. HOFMEIER s'exprime à peu près de même. Enfin, M. LEWIS (de Londres) affirmait encore, en 1902, que les résultats éloignés de cette opération valaient bien ceux de l'hystérectomie vaginale totale !

N'ayant jamais fait ni vu faire l'amputation haute dans un cas de cancer, il nous est impossible d'exprimer une opinion personnelle. Néanmoins, en tenant compte des faits observés jusqu'à ce jour, nous estimons qu'il serait bien imprudent de se contenter de l'exérèse cervicale sous prétexte qu'il s'agit d'un cancroïde à peine développé. En revanche, il nous semble que cette opération peut être indiquée dans des circonstances tout à fait exceptionnelles : supposons le cas d'une femme qui refuserait obstinément de perdre son utérus. Le procédé cher à VERNEUIL s'offre alors comme une ressource qu'on aurait tort de mépriser.

Passons maintenant à l'étude des méthodes radicales, les seules employées aujourd'hui dans le traitement du cancer. On en distingue deux principales : l'*extirpation* par le *vagin* et l'*extirpation* par l'*abdomen*.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — C'est SAUTER (de Constance) qui passe pour être l'auteur de la première colpo-hystérectomie appliquée à la cure du cancer. Sa tentative réussit, bien qu'il eût assuré l'hémostase par des tampons de charpie dont il avait bourré le vagin.

Après SAUTER, il faut citer SIEBOLD, BLUNDELL, en Angleterre (1828), et RÉCAMIER en France (1829). Ce fut RÉCAMIER qui, le premier, eut l'idée de prévenir l'hémorragie en liant les artères utérines ; mais il ne toucha pas aux autres vaisseaux.

D'affreux revers ne tardèrent pas à discréditer la nouvelle

opération, qui fut abandonnée de tous et demeura dans le plus complet oubli pendant plusieurs années. Elle en a été tirée en 1878, par le professeur CZERNY (de Heidelberg), qui, grâce à l'antisepsie naissante et à quelques perfectionnements apportés dans la technique (ligature des pédicules vasculaires), doit être considéré comme le véritable initiateur de la colpo-hystérectomie.

En France, ce fut PÉAN, qui, en 1882, remit l'opération en honneur et insista sur les services qu'elle pouvait rendre contre le cancer utérin ; les nombreux succès qu'il remporta décidèrent beaucoup de chirurgiens à suivre son exemple. (TRÉLAT, TERRIER.) Le manuel opératoire s'améliorait tous les jours, mais les détails de l'hémostase laissaient encore à désirer, lorsque M. RICHELOT réalisa un progrès énorme en inaugurant la forcipressure à demeure *comme méthode de choix*, applicable de parti pris à tous les cas. La nouvelle technique fut exécutée sur le vivant le 28 avril 1886.

Tout le monde sait que PÉAN revendiqua la paternité de la forcipressure à demeure ; on lira dans le mémoire de LONGUET pourquoi ce chirurgien a été débouté de ses prétentions ; nous n'avons pas à entrer dans cette trop longue discussion. (LONGUET, *Technique de l'hystérectomie vaginale*, 1899. — Voir aussi le *Traité* de M. POZZI.)

Mais c'est incontestablement PÉAN qui, le premier, a eu l'idée de faciliter l'ablation de l'organe en employant le morcellement et en procédant de bas en haut, c'est-à-dire du col vers le fond.

En 1891, M. SEGOND préconisa aussi le morcellement, mais il le réalisait d'une autre manière, en pratiquant l'*évidement conoïde* de la paroi antérieure de l'utérus, ce qui facilitait beaucoup l'abaissement de l'organe et la bascule de son fond en avant.

L'année suivante, M. QUÉNU fit connaître aux chirurgiens français la section médiane de l'utérus inaugurée à l'étranger par MÜLLER en 1881 ; mais, tandis que le chirurgien allemand se contentait de sectionner la paroi antérieure jusqu'au fond, M. QUÉNU poursuivit cette section sur la paroi postérieure et divisait l'organe en deux moitiés égales.

PÉAN, RICHELOT, SEGOND recommandaient : la *résection primitive* du col et l'*hémostase préventive* des artères utérines. DOYEN, nous l'avons vu, renonça à ces deux temps, mais préconisa l'*hémisection médiane antérieure*. Quelques années plus tard, en 1897, ce chirurgien essaya de substituer à la forcipressure systématique et aux ligatures l'hémostase par *vasotripsie*, c'est-à-dire l'écrasement, le broiement des pédicules vasculaires au moyen d'un écraseur spécial qu'il dénomma *vasotribe*. L'année suivante, M. TUFFIER modifia la technique de DOYEN en remplaçant le *vasotribe* par l'*angiotribe*. Nous en reparlerons tout à l'heure.

Rappelons, enfin, que JACOBS (de Bruxelles) nous a fait connaître un autre moyen d'hémostase imaginé par SKENE (de Brooklyn) et consistant dans l'occlusion des vaisseaux par le courant galvanique. Cette *électro-hémostase* n'a pas encore réussi à entrer dans la pratique courante, pas plus d'ailleurs que l'angiotripsie de DOYEN et de TUFFIER.

PROCÉDÉ PÉAN-RICHELOT-SEGOND. — Nous choisirons pour type un procédé mixte réunissant les principaux avantages des techniques de PÉAN, RICHELOT et SEGOND. C'est celui que M. RICHELOT a définitivement adopté pour la cure radicale du cancer du col.

« La malade étant placée dans la position de la taille, on confie à des aides le soin de maintenir le vagin béant, au moyen d'une valve postérieure courte et large et d'un écarteur antérieur un peu plus long et assez étroit. Avant de saisir le col, il peut être avantageux de racler avec la curette les parties ramollies du néoplasme.

Le col étant saisi par sa lèvre antérieure avec une pince à traction et abaissé au maximum, on trace avec la pointe des ciseaux une incision circulaire sur l'insertion vaginale, à peu de distance de la pointe du col, pour ne pas risquer de blesser la vessie. Il faut ensuite creuser l'incision jusqu'au tissu utérin ; puis, pour dégager la face antérieure de l'organe, on refoule, avec le doigt, la section vaginale, mais doucement et sans violence, et, comme elle résiste, on reprend les ciseaux pour couper les faisceaux musculaires qui vont du vagin à l'utérus et empêchent le premier de se décoller

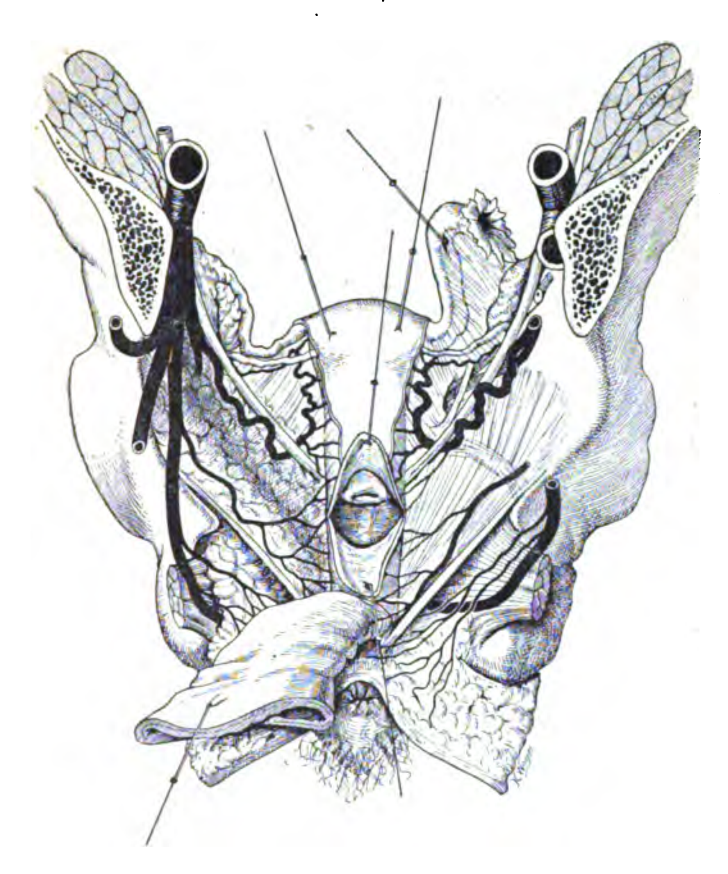


Fig. 177.

Cette figure et les trois suivantes montrent les *rapports* de l'*artère utérine* et de l'*uretère*, rapports très importants à connaître pour l'exécution de l'*hystérectomie vaginale;* en examinant cette première figure, on doit se demander comment on arrive à faire cette opération sans léser presque à coup sûr l'uretère et même la vessie, car ces trois organes sont très voisins les uns des autres, se croisent et arrivent même à se toucher. Ici les rapports sont considérés de face et d'arrière en avant.

complètement. Quand toute bride a lâché, le doigt pénètre et chemine facilement dans le tissu cellulaire ; la vessie est sauvée. En arrière, le décollement doit se faire de la même façon, mais il est plus facile, car le rectum est assez



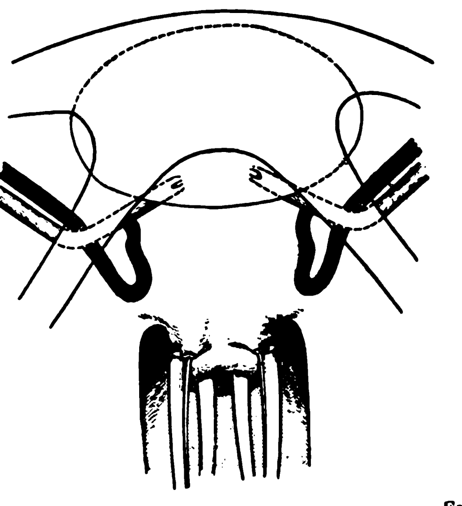
FIG. 178.

Cette figure représente les mêmes rapports, mais considérés de profil; on voit mieux les connexions avec la vessie.

Pour bien saisir par suite de quel mécanisme on arrive à pincer, lier, sectionner l'artère utérine. à la base du ligament large, sans blesser la vessie ou l'uretère, il faut prendre en considération les changements de rapports qui se produisent par suite : 1° de l'abaissement de l'utérus provoqué par le chirurgien; 2° du refoulement du bas-fond vésical que le doigt de l'opérateur repousse en haut et en arrière en même temps que le tissu cellulaire sous-péritonéal; 3° du refoulement du tissu conjonctif des paramétriums toujours en arrière et en haut.

loin, et l'index a bientôt fait de pénétrer jusqu'au niveau du Douglas.

Sur les côtés, il faut aussi creuser l'incision et libérer avec le doigt, qui bientôt s'enfonce en pleine base des ligaments larges, sépare les feuillets séreux et isole le faisceau



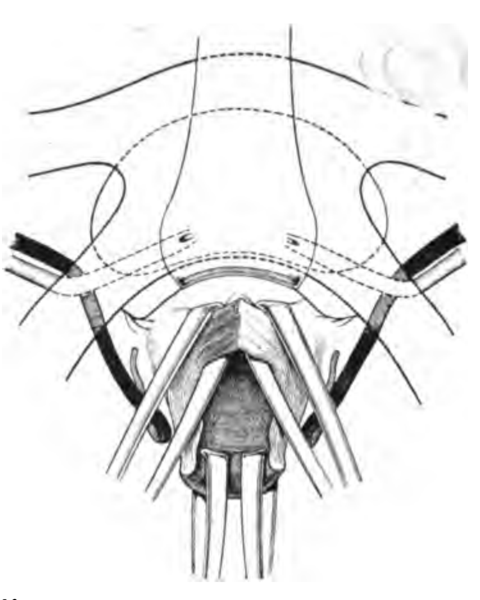


Fig. 179 et 180.

Ces figures montrent bien le résultat des manœuvres chirurgicales mentionnées dans la précédente légende; on voit que l'artère utérine suit constamment l'utérus dans sa descente hors du pelvis, et s'éloigne de plus en plus de ses deux voisins l'uretère et le réservoir de l'urine, lesquels, nous l'avons déjà noté, sont continuellement repoussés en haut et en arrière.

vasculaire. Le doigt cherche les battements de l'utérine, et guide la pince-longuette pour la placer sur ce vaisseau, la pointe dirigée du côté de l'utérus, afin de ne pas blesser l'uretère... Le segment inférieur dégagé par deux incisions commissurales, on divise le col en deux valves, une antérieure et une postérieure, qui sont abattues avec les ciseaux, tandis que des pinces à traction retiennent le moignon et l'empêchent de monter... Tandis que l'aide expérimenté, qui tient l'écarteur antérieur, refoule la tranche vaginale en appuyant obliquement sur l'utérus, l'abaissement progressif du corps utérin attire le cul-de-sac péritonéal, qui se présente sous l'aspect d'un mince feuillet blanchâtre. On l'ouvre avec les ciseaux, et dans la brèche on introduit l'écarteur. La vessie se trouve ainsi protégée jusqu'à la fin de l'opération.

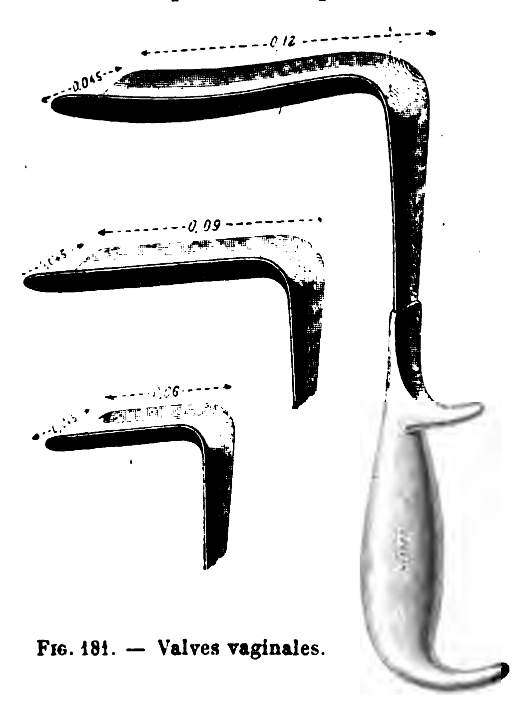


Fig. 181. — Valves vaginales.

Si le cul-de-sac tarde à se présenter, on n'en a cure ; il apparaîtra au cours de l'hémisection médiaire antérieure. Celle-ci commence après la suppression du col ; les ciseaux font, sur la paroi antérieure de l'utérus, une section verticale, et deux pinces à traction placées sur chacune des lèvres de la plaie attirent l'organe en bas. A mesure que celui-ci des-

cend, on poursuit l'incision, les deux pinces sont portées plus haut sur ses lèvres, et ainsi de suite ; bientôt le fond de

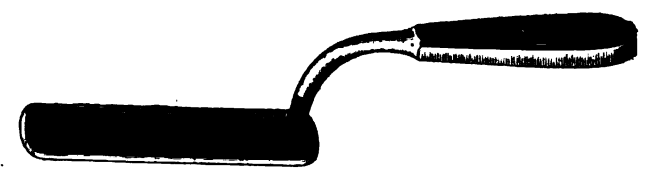


Fig. 182. — Ecarteur contre-coudé.

la matrice paraît sous l'écarteur antérieur et bascule en avant, entraînant avec lui les bords supérieurs des ligaments larges. On continue la section médiane sur le fond, puis sur la paroi postérieure, jusqu'à ce que la matrice soit divisée en deux moitiés égales. Aussitôt une compresse est introduite dans la brèche ainsi faite et poussée assez profondément pour s'opposer à la projection de l'intestin hors du ventre, dans le cas où la malade viendrait à tousser, à vomir ou à « pousser ».

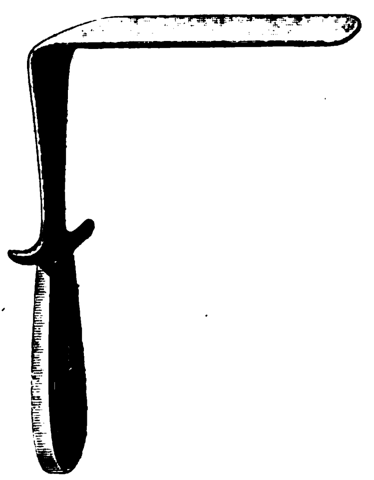


Fig. 183. — Écarteur vaginal très long.

Le chirurgien s'occupe alors de l'hémostase ; il applique une première longuette, à cheval sur le bord supérieur d'un ligament large (peu importe le côté par lequel on commence) qu'elle étreint perpendiculairement, en dehors ou en dedans des annexes, et on coupe les tissus en dedans de la prise ; une seconde longuette, placée de même, à partir du bec de la première, assure l'hémostase d'un autre segment du ligament large ; en général, le bec de celle-ci rencontre celui de la longuette qui étreint

déjà l'artère utérine ; il suffit de couper encore en dedans de la seconde prise, pour détacher la moitié correspondante de l'utérus ; mêmes manœuvres de l'autre côté. Il reste à s'occuper des annexes, si elles ont été épargnées, et à leur faire subir le traitement qui leur convient. Le cancer coïncide quelquefois avec des salpingo-ovarites suppurées ; le sacrifice des organes malades peut exiger des manœuvres assez compliquées, s'il y a des adhérences. Nous en reparlons à propos de l'hystérectomie vaginale pour tubo-ovarite suppurée.



Fig. 184. — Valve postérieure courte.

L'hémostase des ligaments larges étant achevée et la matrice enlevée, il faut, avant d'appliquer le pansement, s'assurer qu'aucun point ne saigne et vérifier surtout l'état de la tranche vaginale postérieure, dans laquelle existe souvent une artère assez importante. Pour éviter les surprises fâcheuses, il est plus prudent de laisser à demeure sur cette tranche trois petites longuettes.

Après avoir vidé à nouveau la vessie, dans laquelle il vaut mieux laisser une sonde molle pendant quarante-huit heures, on procède au pansement, qui a une très grande importance. On commence par choisir une longue et large mèche de gaze stérilisée souple que l'on introduit jusqu'au fond du vagin, au ras de l'excavation pelvienne ; cette lanière fait tampon entre les tranches opposées garnies de leurs pinces ; son extrémité antérieure, qui ne doit pas affleurer la vulve, est liée avec un fil de soie, qui permettra de la reconnaître. On glisse ensuite une seconde mèche, plus superficielle, qui remplit la partie antérieure du vagin et met cette cavité à l'abri de l'urine qui pourrait suinter du méat ; enfin, entre les parois latérales du vagin et les branches des longuettes il faut glisser de minces lanières de gaze pour éviter la pression trop directe des pinces sur les muqueuses vaginale et

vulvaire ; on ne manquera pas, non plus, de disposer la *mèche superficielle* dont nous venons de parler, de manière à empêcher les instruments de comprimer la paroi vésico-vaginale. *Tous ces détails ont une importance extrême pour le succès de l'intervention.*

Quant aux soins consécutifs, nous les avons indiqués dans le chapitre des *Généralités*.

A propos de l'ablation des pinces, que la plupart des chirurgiens font au bout de quarante-huit heures, nous mentionnerons la conduite de LANDAU qui, souvent, ne les laisse que vingt-quatre heures, tandis que ZWEIFEL estime plus prudent de ne les enlever qu'après trois jours pleins.

PROCÉDÉ DE DOYEN. — Pas de résection cervicale, pas de pincement préventif des artères utérines.

Ce chirurgien pratique l'hémisection médiane antérieure et il assure l'hémostase de la manière suivante : le bord supérieur du ligament large est saisi entre le pouce et l'index; après quoi on place, de haut en bas, le long de l'utérus sa longue pince cintrée (30 centimètres) dont le bec dépasse le bord inférieur du ligament. Cette pince est serrée à bloc ; puis, une deuxième, moins longue et moins massive, dite *pince* de *sûreté*, est appliquée parallèlement à la première, mais en dehors d'elle. Même conduite du côté opposé, après quoi la matrice est détachée avec les ciseaux.

PROCÉDÉ DE DŒDERLEIN. — Ce chirurgien commence par sectionner la paroi cervicale postérieure dans le sens vertical ; la plaie, qui intéresse immédiatement le Douglas, est agrandie à droite et à gauche par des incisions transversales ; on continue alors la section cervicale sur la paroi postérieure du corps utérin et jusque sur le fond, l'utérus étant progressivement abaissé par des pinces à traction étagées sur les bords de la plaie utérine ; après avoir coupé le fond, les ciseaux attaquent la paroi antérieure de la matrice jusqu'au cul-de-sac péritonéal antérieur ; on procède ensuite au décollement de la vessie, puis à l'hémostase et à la section des ligaments larges. Enfin, les pinces sont remplacées par des ligatures.

En France, tous les chirurgiens sont partisans de la forcipressure à demeure, tandis que les opérateurs étrangers, surtout les Allemands, préfèrent employer les ligatures ; ils reprochent à la méthode de RICHELOT des inconvénients plus théoriques que réels, comme par exemple : de causer de vives douleurs, de favoriser le météorisme, d'exposer au pincement de l'intestin, à l'hémorragie, au moment de l'ablation des pinces, etc.

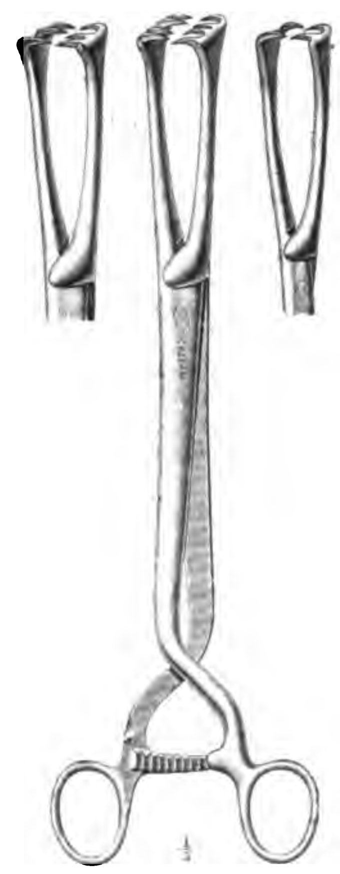


FIG. 185. — Pinces à traction ou à abaissement.

Tous ceux qui ont cette opération dans la main sauront toujours éviter ces désagréments ; tant pis pour les maladroits.

En ce qui concerne les ligatures, il y a deux manières de procéder : ou bien on lie les pédicules vasculaires au fur et à mesure de leur découverte, comme le fait A. MARTIN ; ou bien on assure provisoirement l'hémostase avec des pinces, qui sont ensuite remplacées par des ligatures.

Il y a des cas où l'on peut être tenté de recourir aux ligatures, car on prévoit que l'opération n'en sera pas sensiblement retardée : c'est lorsque l'utérus, flanqué de ses ligaments larges, se laisse attirer jusqu'au dehors de la vulve. Mais, d'une manière générale, la pose des fils constitue le temps le plus laborieux de l'intervention ; enfin, il arrive encore assez souvent que la matrice, à cause de la rétraction

de ses liens, apparaît tout juste à l'entrée du vagin ; la bascule s'est opérée d'une manière très oblique, c'est-à-dire que le fond de l'organe, avec les bords supérieurs des ligaments larges, est facilement accessible, tandis que le col regarde presque directement en arrière, maintenu dans cette attitude par la raideur des bords inférieurs des ligaments tendus comme des cordes : l'utérine risque d'échapper à l'étreinte d'une ligature posée dans des conditions aussi défavorables.

ANGIOTRIPSIE ET VASOTRIPSIE. — M. DOYEN a imaginé cette méthode dans le but de supprimer les inconvénients des ligatures et de la forcipressure à demeure. Il s'agit de faire l'hémostase d'une manière définitive en broyant les vaisseaux utérins au moyen d'une grosse pince appelée *vasotribe* (1897).

Théoriquement, rien de plus ingénieux, de plus séduisant ; malheureusement la pratique ne tarda pas à donner un démenti aux prévisions du chirurgien. On enregistra plusieurs cas d'hémorragie secondaire, dont quelques-uns se terminèrent par la mort. Aussi M. DOYEN essaya-t-il de prévenir ces accidents en liant avec de la soie très fine les principaux vaisseaux préalablement broyés par le vasotribe. Alors, autant renoncer complètement à la méthode.

En 1898, M. TUFFIER espéra réussir en remplaçant le double levier de DOYEN par un *angiotribe* muni d'un volant et d'une vis de pression. Les résultats de l'*angiotripsie* ne furent pas supérieurs à ceux de la vasotripsie.

A l'étranger, les tentatives faites dans cette voie ne furent pas plus heureuses. MM. THUMIM et LANDAU inventèrent une *pince à levier* beaucoup plus puissante que les instruments dont s'étaient servis MM. DOYEN et TUFFIER (1899). Leur statistique signale 5 morts sur 9 cas, mais aucun de ces décès n'aurait été occasionné par hémorragie secondaire. En revanche, DŒDERLEIN et WINTERNITZ (1900) avouent que leurs essais furent très peu satisfaisants.

Depuis quelques années, la vasotripsie et l'angiotripsie ne font plus parler d'elles.

Il est permis d'en dire autant de l'*électro-hémostase* de SKENE, qui prétendait amener l'occlusion des vaisseaux par

la *dessiccation*. On se servait d'une pince hémostatique ordinaire, dont l'une des branches était modifiée de manière à livrer passage à un courant électrique énergique ; le segment de vaisseau saisi par les mors de la pince était à la fois écrasé et desséché (à une température d'environ 90°).

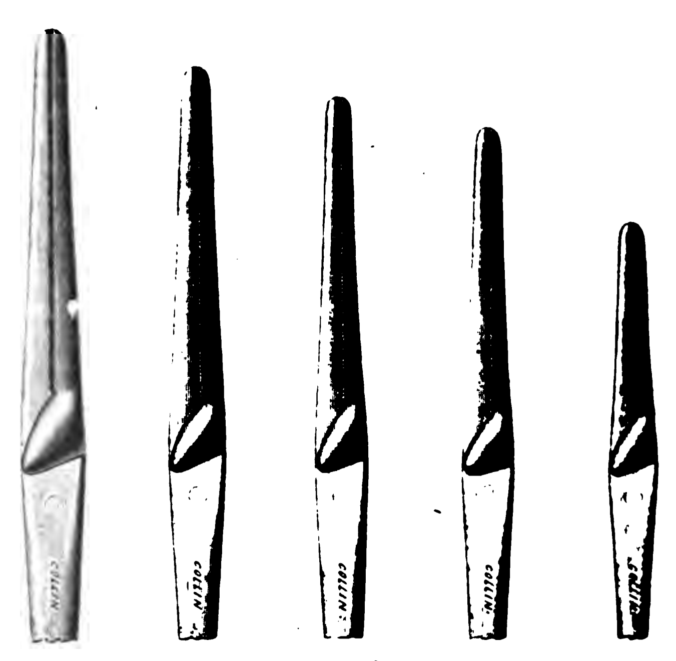


Fig. 186. — Pinces-longuettes.

Accidents et complications. — C'est à la *septicémie* que sont dus la grande majorité des décès post-opératoires ; mais on verra, par les statistiques que nous donnons plus loin, que la fréquence de cette complication a diminué dans des proportions considérables.

L'*hémorragie* grave, amenant la mort au cours de l'opération, ou quelques heures après — par la rupture ou le déclenchement d'une pince, ou par la chute d'une ligature mal faite — est un accident qui a pu se produire autrefois

à la période des tâtonnements. Nous n'en trouvons aucune mention dans la littérature médicale de ces dix dernières années.

Quant aux pertes de sang qui succèdent parfois à l'ablation des pinces au bout des quarante-huit heures réglementaires, il est bien invraisemblable que l'opérateur ne parvienne pas à en avoir raison ; néanmoins, cet accident n'est pas toujours sans gravité, car la recherche prolongée du point qui saigne favorise l'infection du champ opératoire. Nous connaissons quelques exemples de malades qui ont succombé à une infection survenue dans ces conditions.

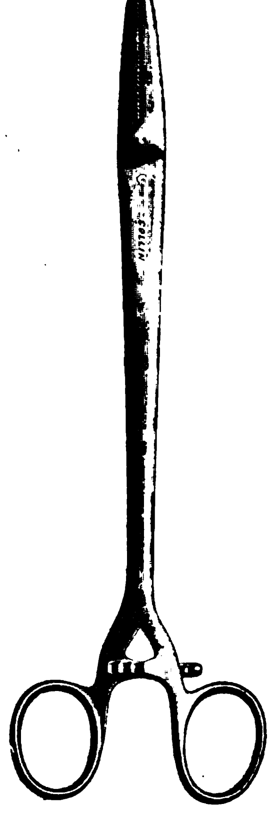


Fig. 187. — Longuette à mors courts.

La chute des eschares vaginales occasionne quelquefois un écoulement sanguin assez abondant dans le courant de la deuxième ou de la troisième semaine ; on l'arrêtera en tamponnant le vagin avec de la gaze stérilisée imbibée d'eau oxygénée étendue.

Depuis que la technique a atteint ses derniers perfectionnements, on n'entend plus guère parler de *blessures de la vessie*. Cet accident est, d'ailleurs, peu grave. S'agit-il d'une simple section faite avec le bistouri ? La réunion s'obtiendra facilement si l'on ferme aussitôt la solution de continuité par deux étages de sutures bien faites. Mais, lorsque la perforation est le résultat de la chute d'une petite eschare causée par un pincement direct ou par la pression prolongée d'un clamp, il y a perte

de substance, et la fermeture de la perforation s'effectue moins aisément, c'est-à-dire après deux ou trois tentatives.

Il est arrivé à plus d'un chirurgien de léser l'uretère, en le coupant, le pinçant ou le liant en même temps que l'artère utérine. C'est un accident très sérieux dont on ne s'aperçoit presque jamais au moment où il se produit. Il faut attendre la guérison opératoire de la malade, avant d'entreprendre l'*uretéro-cysto-néostomie*. En cas d'insuccès réitérés, on est réduit à sacrifier le rein correspondant, après s'être assuré, bien entendu, que l'autre rein fonctionne normalement. Dans le cas contraire, la femme est condamnée à une infirmité définitive et vit sous le coup de complications infectieuses ascendantes.

Résultats immédiats. — Quoi qu'en disent les admirateurs de la voie haute, l'hystérectomie vaginale est encore l'intervention la plus bénigne à laquelle on puisse recourir contre le cancer utérin. En voici des preuves :

Segond	95 cas	17 morts
Bouilly	187 —	28 —
Richelot	113 —	8 —
Schwartz	15 —	0 —
Quenu	12 —	0 —
Pozzi	46 —	7 —
Doederlein	80 —	1 —
Pfannenstiel	102 —	4 —
Chrobak	213 —	12 —
D. de Ott	180 —	4 —
Schauta	241 —	25 —
Herzfeld	29 —	0 —

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — La première opération de ce genre aurait été exécutée par Langenbeck en 1825. En France, Delpech extirpa un utérus cancéreux par la voie vagino-abdominale en 1838. Presque toutes ces opérées succombèrent, et la méthode tomba dans l'oubli jusqu'en 1878, l'année où Freund (de Strasbourg) essaya de la réhabiliter en intervenant par la voie haute chez 10 malades ; 7 de ses opérés moururent. « Sans se décourager, dit Richelot, le

chirurgien de Strasbourg, adoptant les modifications proposées par BARDENHEUER et par RYDYGIER, opéra de 1880 à 1881, 10 nouveaux cas. » Tant de persévérance méritait une récompense ; il n'en fut rien, car les statistiques publiées par HEGAR et KALTENBACH, par AHLFELD, etc., révélèrent une effroyable mortalité de 70 à 72 0/0. Ainsi s'acheva la première période de l'histoire de cette opération, tandis que l'hystérectomie vaginale, remise en honneur depuis quelques années, s'annonçait comme la méthode de choix pour la cure radicale de l'épithélioma utérin.

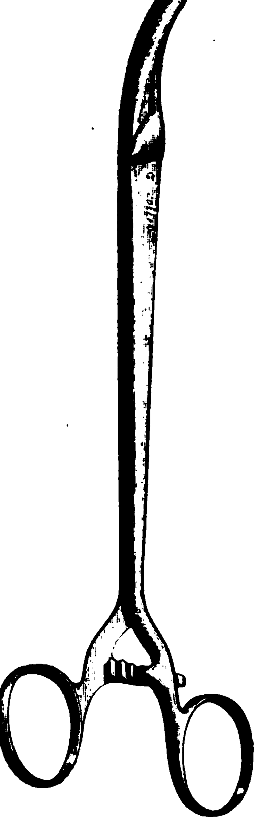


FIG. 188. — Longuette recourbée à mors courts.

Cependant FREUND et ses élèves n'avaient pas complètement renoncé à leur but, et l'année 1898 marqua la renaissance de la méthode qui avait déjà causé tant de revers. Le mouvement « laparotomiste » prit un nouvel essor sous l'active impulsion de FUNKE, PEISER, WERTHEIM en Allemagne, de CLARK, RIESS, KELLY aux États-Unis. Cette fois, le pronostic, tout en restant très sérieux, n'était plus à comparer avec celui des vieilles statistiques de 1882 et 1885.

Le but poursuivi par les chirurgiens était le même : réaliser une extirpation plus large à la faveur de la voie abdominale, infiniment plus commode que la voie basse. Bientôt on se flatta de pouvoir rendre les résultats éloignés encore meilleurs, en enlevant les ganglions et en pratiquant un véritable *évidement du tissu cellulaire pelvien*.

En France, la nouvelle opération fut inaugurée par

M. Terrier, dont l'exemple ne tarda pas à être suivi par MM. Ricard, Quénu, Pozzi, Picqué et Mauclaire, Segond, Richelot, etc.

En Belgique, MM. Jacobs et Rouffart se déclarèrent aussitôt partisans enthousiastes de l'opération de Freund.

Aujourd'hui, il faut le reconnaître, la voie haute, dont le pronostic s'est sensiblement amélioré, est sur le point de supplanter la colpo-hystérectomie, qui ne compte plus que quelques partisans irréductibles.

Il existe un grand nombre de variantes de cette opération. Nous ne décrirons que les procédés les plus originaux.

Procédé de Wertheim. — C'est M. Wertheim (de Vienne) qui a le plus puissamment contribué à la réhabilitation de l'opération de Freund, et son nom est désormais inséparable de la cure radicale du cancer par la laparo-hystérectomie ; on lui doit aussi d'avoir conçu une technique très perfectionnée, qui a certainement joué un grand rôle dans l'amélioration du pronostic opératoire.

M. Wertheim ne se contente pas d'enlever l'utérus ; il recommande expressément l'*ablation de tous les ganglions accessibles*, ainsi que l'*évidement* du tissu conjonctif pelvien. Voici les différents temps de la technique qu'il emploie :

1° Laparotomie médiane sous-ombilicale ; le fond de l'utérus est attiré en avant et en haut, de manière à tendre les ligaments larges ; on aperçoit par transparence l'uretère ; il faut alors inciser le péritoine parallèlement à lui, d'arrière en avant, jusqu'à la base du ligament large correspondant ;

2° Décollement de la vessie, ligatures des ligaments ronds et de la partie supérieure des ligaments larges ;

3° Dissection de l'uretère jusqu'à la vessie ; recherche, isolement et ligature des vaisseaux utérins ;

4° L'utérus étant fortement attiré en haut vers la symphyse, on ouvre le Douglas et on sépare le vagin du rectum ; section, après ligature des ligaments utéro-sacrés ;

5° Isolement du vagin aussi loin que possible en avant et sur les côtés ; après l'avoir réduit en un canal bien distinct, on applique sur lui deux clamps dont les *mors sont coudés à*

angle droit, et cela aussi bas que possible, c'est-à-dire au-dessous du niveau du museau de tanche ;

6° Section transversale du vagin au-dessous des clamps ;

7° Dissection des vaisseaux iliaques et ablation des ganglions, excision de lambeaux cellulaires avec les lymphatiques qui y sont contenus, etc. ;

8° Péritonisation des surfaces dénudées ; toilette du péritoine et fermeture du ventre.

PROCÉDÉ DE POZZI. M. POZZI n'a retenu de la manière de WERTHEIM que la *fermeture préventive* du vagin, qui est une excellente précaution. Le reste de l'opération ne diffère pas sensiblement du procédé américain employé contre les fibromes. Drainage vaginal.

PROCÉDÉ DE RICHELOT.—On commence comme s'il s'agissait d'enlever un utérus fibromateux ; après le pincement des utérines, le chirurgien résèque le corps utérin au ras de l'insertion vaginale ; le col est ensuite divisé en deux moitiés latérales par deux coups de ciseaux qui ouvrent en même temps le vagin ; on termine en excisant séparément les deux moignons cervicaux, ainsi que la partie supérieure du vagin. Il va sans dire que M. RICHELOT réprouve l'évidement pelvien ; s'il rencontre des ganglions, il les enlève ; mais il s'abstient de les rechercher en exécutant des manœuvres spéciales.

FIG. 189. — Aiguille de DOYEN pour la péritonisation.



FIG. 190. Aiguille latérale.

PROCÉDÉ DE KRŒNIG. — Pour éviter la mortification des uretères, qui a été signalée dans plusieurs cas, ce chirurgien incise le péritoine assez loin de ces conduits, quoique parallèlement à leur direction, de manière à leur conserver leur revêtement séreux.

De plus, il suture le péritoine vésical au péritoine de la tranche vaginale antérieure, précaution qui éviterait les cystites (?).

Drainage soigné du pelvis au moyen de deux gros tubes qui ressortent par le vagin, et sur lesquels il rabat les feuillets péritonéaux qui sont ensuite affrontés par des sutures.

PROCÉDÉ DE CLARK. — Ce chirurgien conseille d'introduire des bougies très fines dans les uretères, afin de les sentir sous le doigt au cours de l'opération et d'éviter de les blesser.

En somme, on pourrait adopter un procédé mixte qui serait réglé de la manière suivante : 1° section des ligaments larges, de haut en bas, et pincement de l'artère utérine, comme s'il s'agissait de traiter un cas de fibrome ; 2° au lieu d'ouvrir le vagin circulairement pour achever l'ablation de la matrice, dissection du cylindre vaginal, que l'on détache de la vessie et du rectum aussi loin que possible, en procédant de haut en bas ; 3° application des *clamps coudés* de Wertheim et section transversale du vagin. Péritonisation avec ou sans drainage, suivant les exigences des différents cas.

Fig. 191. Curette tranchante pour râcler le col cancéreux.

Fig. 192. Pinces à pansement à long mors.

Accidents et complications. — Les *blessures* de la *vessie* sont très souvent mentionnées dans les premières observations, ce qui s'explique aisément, puisque les chirurgiens n'hésitaient pas à s'attaquer à des cancers très étendus. Depuis que les indications se sont restreintes, cette complication a pour ainsi dire disparu des statistiques. Il va sans dire que la suture immédiate de la plaie vésicale doit être faite avec le plus grand soin, et qu'elle s'impose dans tous les cas.

En ce qui concerne les *lésions* de l'*uretère*, on ne les signale pour ainsi dire que chez les opérées qui ont subi l'évidement pelvien ; on a également noté la *nécrose partielle* de ce conduit, même dans des cas favorables. Cette grave complication est généralement due à la dénudation trop étendue, trop complète que l'on inflige à l'uretère en travaillant à l'extirpation des ganglions pelviens. Il faudra recourir immédiatement à la cysto-néostomie ; si le segment nécrosé est trop considérable pour permettre l'abouchement des deux organes, on se contentera de fixer l'uretère à la paroi et on attendra la guérison opératoire avant de procéder à la néphrectomie, perspective très fâcheuse pour la malade, lorsque l'autre rein ne fonctionne pas d'une manière satisfaisante. L'abouchement au rectum n'a pas donné des résultats encourageants : c'est un pis-aller dont il vaut mieux se passer (Winter, Schauta, Wertheim).

Les *déchirures* de l'*intestin*, celles du *rectum* ne sont pas rares au cours des grands évidements entrepris chez des femmes atteintes de lésions avancées. La fermeture immédiate de la plaie est indiquée dans tous les cas.

C'est dans les mêmes circonstances que se produisent les *hémorragies graves* consécutives à la blessure des gros troncs vasculaires du pelvis ; il est arrivé à plus d'un chirurgien d'ouvrir l'artère ou la veine iliaque externe ou interne en essayant d'extirper des ganglions qui adhéraient aux parois de ces vaisseaux (Rosthorn, Ries, etc.).

Mais, de toutes ces complications, la plus grave et aussi la plus commune, c'est l'*infection* du *péritoine*. C'est effectivement à la péritonite que sont dus la plupart des décès opératoires. La trop longue durée des manœuvres, la recherche des

ganglions, les vastes délabrements occasionnés par les tentatives de curage pelvien sont autant de facteurs qui favorisent singulièrement l'inoculation de la séreuse : c'est ce qui explique l'énorme mortalité des premières interventions de FREUND, de CLARK, de ROSTHORN, de WERTHEIM ; en consultant les statistiques les plus récentes, on reconnaît, en effet, que les moins mauvaises appartiennent aux chirurgiens qui ne pratiquent plus le fameux curage.

A côté de la péritonite, il faut noter les *phlegmons diffus* du petit bassin, conséquences assez fréquentes de l'évidement pelvien. C'est pour les prévenir que KROENIG a recommandé de drainer la région aussi largement que possible au moyen de gros tubes sortant par le vagin et sur lesquels on rabat et l'on suture les feuillets péritonéaux.

Résultats et pronostic. — Évidemment, nous sommes loin des anciennes statistiques qui révèlent 60 à 80 0/0 de mortalité ; il n'en est pas moins vrai que les admirateurs exclusifs de la voie abdominale nient l'évidence quand ils soutiennent sérieusement que l'opération de FREUND n'est pas plus meurtrière que la colpo-hystérectomie. Les chiffres suivants permettront au lecteur de se faire une opinion à ce sujet :

1908.	POZZI-JAYLE.......	17 cas	5 morts...	29	0/0
1908.	HENDERTON........	17 —	4 — ...		
1909.	SCHEIB............	149 —	30 — ...		
1910.	BUMM.............	60 —	12 — ...		
1910.	GILES.............	21 —	2 — ...		
1911.	MAYER............	153 —	28 — ...		
1911.	HOFMEIER.........	90 —	18 — ...		
1912.	KELLY-NEEL.......	137 —	28 — ...		
1912.	WESLEY-BOVEE....	36 —	9 — ...		
1912.	MAC CANN.........	41 —	2 — ...	4,8	0/0
1913.	CULLEN...........	49 —	11 — ...	22	0/0
1913.	SAMPSON..........	25 —	5 — ...	20	0/0
1913.	BERKCLEY-BONNY...	71 —	16 — ...	22	0/0
1913.	WERTHEIM.........	714 —	...	16	0/0
1896-1901.	FAURE............	15 —	9 — ...	60	0/0
1901-1905.	FAURE............	18 —	6 — ...	33	0/0
1913.	FAURE............	24 —	2 — ...	8,8	0/0
	REINICKE..........	58 —	14 — ...		

Dans des publications plus récentes, M. MACKENRODT parle encore de 20 0/0 de mortalité ; DOEDERLEIN, de 30 0/0 ; RUNGE, de 13 0/0.

Au vrai, si nous additionnons plusieurs statistiques dans le but de tirer des conclusions basées sur un très grand nombre de cas, nous trouvons que la moyenne de la léthalité n'est pas inférieure à 18 ou 20 0/0 ; à comparer avec la mortalité de la voie vaginale dont le chiffre oscille entre 7 et 10 0/0 ! On peut donc affirmer, sans la moindre exagération, qu'à l'heure actuelle, le pronostic de l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie haute est au moins deux fois plus grave que celui de l'hystérectomie vaginale.

Résultats éloignés de l'hystérectomie. — Toutes les opérées de cancer utérin ne sont pas fatalement vouées à la récidive : voilà un fait que l'on peut affirmer en s'appuyant sur des exemples d'une authenticité absolue.

En intervenant de bonne heure, de très bonne heure, on a quelquefois la chance de surprendre le mal à sa naissance et de supprimer le foyer néoplasique avant qu'il ait eu le temps de se diffuser dans les tissus voisins. D'une autre part, grâce aux perfectionnements successifs apportés, en ces dernières années, dans le détail de la technique opératoire, nous pouvons faire aujourd'hui des opérations plus sérieuses, plus complètes qu'il y a dix ou quinze ans, nous parvenons à réaliser des exérèses plus larges, plus radicales que n'osaient le faire nos prédécesseurs ; en un mot, la guérison définitive du cancer utérin par l'intervention sanglante n'est plus envisagée comme une utopie.

La guérison définitive du cancer ! Voilà de bien gros mots, et qui ont prêté à de fâcheux malentendus. Est-ce bien la guérison définitive que nous poursuivons en pratiquant l'hystérectomie, ou bien espérons-nous, tout simplement, conférer à nos opérées des *survies prolongées, très prolongées ?* A cette question nous répondrons par l'exposé des faits consignés dans les différentes publications, tant en France qu'à l'étranger.

Jusqu'à ces dernières années, il était généralement admis que l'absence de récidive constatée *trois ans après* l'ablation

de l'utérus cancéreux constituait, en quelque sorte, une garantie contre la repullulation du mal. Un beau jour, on publia des faits indéniables de récidive survenue après trois et même quatre années d'une guérison en apparence définitive. Les statisticiens en furent quittes pour reporter la date de la guérison réelle à la *cinquième*, puis à la *sixième* année. Mais il fallut encore déchanter, car on ne tarda pas à rapporter des exemples — il est vrai, fort peu nombreux — de repullulation cancéreuse éclatant inopinément dans le courant de la *septième année* (Prof. SEGOND) [1], de la *huitième année* (FLAISCHLEN) [2], de la *douzième année* (OLSHAUSEN) [3] ! Cette dernière observation concerne une femme de cinquante-huit ans, opérée *il y a douze ans* pour un néoplasme malin du col ; aujourd'hui, elle présente un noyau de reproduction cancéreuse à la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure [4].

Dans ces conditions il est bien peu sage, on en conviendra, de promettre des guérisons parfaites ; nous n'avons le droit de faire espérer que des *survies prolongées*, et, à ce point de vue, les progrès réalisés depuis quelques années sont vraiment remarquables, comme on le verra plus loin.

Mais faut-il renoncer à l'espoir d'obtenir, un jour, des résultats plus parfaits ? Assurément non, d'autant plus que les récidives très tardives constituent de véritables exceptions. On doit, sans doute, en tenir compte pour se défendre contre un optimisme exagéré ; en réalité, le pronostic est moins désespéré que ne l'ont soutenu quelques chirurgiens aigris par l'insuccès. Bref, le tout mis en balance, on peut considérer la guérison parfaite comme d'autant plus probable qu'on s'éloigne davantage de la date de l'intervention. Il est malheureusement trop certain que les récidives ne sont pas rares dans le courant de la troisième et même de la

1. SEGOND (*Thèse de* BIGEARD. Paris, 1899).
2. FLAISCHLEN (*Centralblat für Gynäkologie*, 1903, p. 1557).
3. OLSHAUSEN (*Zeitschrift für Geburt. und Gyn.*, 1903, t. XLVIII, p. 263).
4. MACKENRODT parle aussi d'une récidive survenue six ans et demi après une hystérectomie vaginale (*Congrès all. de gyn., tenu à Berlin*, 1902). — ORTNER cite un exemple de *récidive tardive* survenue au bout de 23 *ans !* (*Centralb. für Chirurgie*, 1909).

quatrième année ; mais, à partir de la cinquième, les exemples de repullulation sont tout à fait exceptionnels. Disons donc, avec M. WINTER, que toute opérée qui n'a pas récidivé dans le courant de la cinquième année a bien des chances d'être définitivement guérie.

Passons maintenant à l'examen des *survies prolongées* conférées par l'extirpation abdominale et vaginale .

Voie vaginale. — Nous ne citerons que les statistiques les plus récentes ; on trouvera les autres dans les grands traités classiques.

SCHATZ, 1 opérée guérie depuis 17 ans; 6 depuis 11 à 14 ans.
BRIGGS, 6 opérées guéries depuis 6 ans ; 16 depuis 4 à 5 ans.
LANDAU, 4 opérées sans récidive depuis 9 ans; 2 depuis 8 ans; 3 depuis 7 ans; 2 depuis 6 ans.
LEOPOLD, 21 opérées sans récidive depuis 5 ans.
D. DE OTT, 3 opérées guéries depuis 7 ans; 1 depuis 8 ans; 3 depuis 9 ans; 4 depuis 10 ans.
RICHELOT, survies de 10, 11, 12, 13 années.
POZZI, 1 opérée guérie depuis 6 ans et 1 depuis 10 ans.

MM. FLAISCHLEN et RUGE ont publié les résultats les plus surprenants : 48 cas d'hystérectomie vaginale avec 4 morts opératoires. Des 44 survivantes, 24 ont récidivé, 3 ont succombé à des maladies intercurrentes ; *restent* 17 *opérées sans récidive depuis :* 18 ans 1/2, 17 ans 1/2, 16 ans, 14 ans, 14 ans, 13 ans 1/2, 13 ans, 13 ans, 13 ans, 12 ans 1/2, 10 ans 1/2, 10 ans 1/2, 9 ans 1/2, 9 ans, 8 ans 1/2, 7 ans. Ajoutons que, dans tous ces cas, le diagnostic clinique avait été confirmé par l'examen histologique.

Voici, enfin, un tableau dressé par OLSHAUSEN [1] et indiquant l'opérabilité, la mortalité opératoire, la proportion des récidives et des guérisons :

1. OLSHAUSEN (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk.*, 1903, t. L, p. 1).

Nombre des cas d'hystérectomie vaginale de la clinique de Berlin	671
Opérabilité :	
En 1898	31 0/0
En 1900	44 0/0
Mortalité immédiate	6 0/0
Récidives après 2 ans	74 0/0
— — 5 ans	38 0/0
Guérisons après 5 ans	18 0/0

Voie abdominale. — Les partisans de l'opération de FREUND ont le ferme espoir que cette méthode donnera des résultats éloignés beaucoup plus parfaits que la colpo-hystérectomie ; ils fondent cet espoir sur : 1° la possibilité de réaliser des extirpations plus larges, plus complètes que par la voie basse ; 2° l'ablation des ganglions pelviens infiltrés par le néoplasme.

Tout cela est bien possible, quoique peu vraisemblable ; en attendant, les statistiques publiées jusqu'à présent ne sont pas très édifiantes ; les partisans de la voie haute s'en consolent en faisant observer que cette méthode est encore trop jeune pour avoir déjà pu donner toute sa mesure ; nous ferons remarquer qu'il y a plus de huit ans qu'on invoque cette excuse.

En attendant la réalisation de tant de belles promesses, voici quelques chiffres intéressants.

Il y a d'abord les deux opérées de FREUND, guéries depuis vingt-trois et dix-sept ans : ces deux exemples sont pour ainsi dire uniques dans les annales de la chirurgie du cancer.

Vient ensuite la liste publiée par WINTER en 1901 :

JACOBS	32 cas	10	récidives (avant 12 mois)
TERRIER	13 —	10	— —
IRISH	10 —	5	— —
HOFMEIER	14 —	5	— —
LEOPOLD	6 —	2	— —
FAURE	3 —	1	— —
QUENU	3 —	2	— —

Dans une communication faite au Congrès de Breslau, en 1904, M. WERTHEIM affirmait que 18 0/0 de ses opérées

étaient sans récidive depuis quatre ans, 27 0/0 depuis trois ans.

Voici, d'après Olshausen, les résultats comparatifs des deux méthodes :

	H. V.	H. A.	H. V.
Nombre de cas	260	120	671
Opérabilité	26 0/0	40 0/0	31 0/0 (1898) 44 0/0 (1900)
Morts opér	5,4 0/0	20 0/0	6 0/0
Récidives après 2 ans.	44 0/0	77 0/0	74 0/0
— — 5 ans.	35 0/0		38 0/0
Guésisons après 5 ans.	9 0/0		18 0/0
	(Zweifel.)	(Wertheim.)	(Olshausen.)

Nous terminerons par quelques données tout à fait récentes :

Dans sa dernière statistique publiée en 1913, J.-L. Faure signale parmi les opérées de sa clientèle hospitalière : 1 femme guérie depuis 8 ans, 1 depuis 10 ans, 3 depuis 11 ans, 1 depuis 14 ans, et dans sa clientèle de ville : 1 opérée guérie depuis 3 ans, 3 depuis 4 ans, 2 depuis 5 ans, 1 depuis 6 ans ; à son avis, l'hystérectomie par la voie abdominale donnerait des guérisons absolues dans la proportion de 35 à 40 0/0.

Hofmeier, en 1911, notait 4 opérées guéries depuis 12 ans, 18 opérées guéries depuis 5 ans.

D'après Franz, la guérison absolue serait possible dans 18 0/0 des cas ; d'après Zweifel, la proportion serait de 25 0/0 (année 1910).

En adoptant la formule de Winter (guérison se maintenant sans récidive pendant 5 ans), Schauta donne le chiffre de 12 0/0, Staude celui de 23 0/0, Wertheim celui de 24 0/0, Scheib celui de 25 0/0 (1909), Reinicke celui de 35 0/0.

AUTRES PROCÉDÉS D'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS CANCÉREUX. — Ils sont tous oubliés ou peu s'en faut ; nous allons les décrire rapidement.

HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE SACRÉE. — C'était dans l'espoir : 1° de diminuer les risques de la contamination péritonéale ; 2° de disposer d'une voie plus large, plus propice aux manœuvres d'extirpation, que MM. HERZFELD, HOCHENNEGG, et SCHEDE essayèrent de substituer à l'hystérectomie vaginale l'opération de KRASKE modifiée et appropriée à son nouveau but (1888-1891).

Quelques mots pour indiquer la technique générale : incision partant de la pointe du coccyx, longeant le côté gauche de cet os de bas en haut, puis s'incurvant pour aboutir au milieu de la symphyse sacro-iliaque ; ablation du coccyx et de la partie inférieure du sacrum (au-dessous du troisième trou sacré) ; après réclinaison du rectum, ouverture du péritoine dans le cul-de-sac de Douglas ; décollement de la vessie, ligatures des pédicules vasculaires et section des ligaments larges. L'extirpation faite, on referme le péritoine par des sutures, etc.

Pour éviter la nécrose des os déplacés, HEGAR recommanda de faire la *résection temporaire* du coccyx et du fragment sacré en taillant un lambeau ostéo-cutané, qui était simplement récliné.

Accueillie tout d'abord avec empressement, l'hystérectomie postérieure perdit vite de sa vogue, à cause de son extrême gravité : les statistiques les plus sérieuses attestent une mortalité opératoire de 18 à 25 0/0. Résultats éloignés détestables.

Citons encore, parmi les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération, les noms de MM. TERRIER, ROUX (de Lausanne) et ZINSMEISTER.

HYSTÉRECTOMIES PARA-SACRÉE ET PARA-RECTALE. — Ces procédés, imaginés par MM. WŒLFLER et E. ZUCKERKANDL, ne méritent d'être mentionnés qu'à titre de simples curiosités ; il n'a jamais été sérieusement question de les ériger en méthodes de choix.

E. ZUCKERKANDL, en 1889, régla la première de la manière suivante : incision postérieure commençant à l'épine iliaque postéro-supérieure, suivant le bord gauche du sacrum pour se terminer dans le creux ischio-rectal du même

côté. Cela fait, on coupe successivement le grand fessier, les ligaments sacro-sciatiques, l'aponévrose pelvienne supérieure, enfin on découvre le rectum, qui est récliné à droite, puis on ouvre le Douglas ; le reste de l'opération ne diffère pas de la technique de HOCHENEGG-HERZFELD.

Quant à l'hystérectomie para-rectale ou *para-coccygienne*, WÖLFLER aborde l'utérus par une incision partant de l'articulation sacro-coccygienne et aboutissant au périnée, en dehors de la vulve (1899).

HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE PÉRINÉALE. — Ce procédé n'est pas moins oublié que les précédents.

On fait une incision transversale entre l'anus et la fourchette vulvaire, allant d'un ischion à l'autre ; après avoir disséqué les lèvres de la plaie, on dédouble la cloison recto-vaginale jusqu'au Douglas ; on ouvre ensuite le vagin à sa partie la plus élevée, et c'est à travers cette brèche qu'on fait passer l'utérus.

Imaginée par O. ZUCKERKANDL en 1889, cette opération a été exécutée sur le vivant par FROMMEL en 1890.

HYSTÉRECTOMIE PARA-VAGINALE. — Cette méthode, qu'il serait plus juste de dénommer *hystérectomie vaginale avec incisions para-vaginales supplémentaires*, est beaucoup plus rationnelle que les précédentes, y compris l'opération HERZFELD-HOCHNEGG.

En la proposant, M. SCHUCHHARDT (de Stettin) a eu pour but de se donner plus de jour, afin de pouvoir intervenir dans les formes graves, ce qui ne l'empêche pas de l'appliquer systématiquement à tous les cas, dans l'espoir de réaliser une exérèse plus large des tissus péri-utérins (1893).

Technique résumée : incision cutanée partant du tiers moyen d'une des grandes lèvres et aboutissant à la base du coccyx : on pénètre dans le creux ischio-rectal et on dénude la paroi correspondante du vagin, celle-ci est ensuite sectionnée depuis le col jusqu'à la vulve, de sorte que la cavité vaginale communique alors largement avec l'espace ischio-rectal ; on passe ensuite à l'extirpation de l'utérus par l'un des nombreux procédés qui viennent d'être décrits.

M. SCHUCHHARDT se contente de faire une seule incision para-vaginale. Mais M. STAUDE (de Hambourg), pour se donner encore plus de jour, n'hésite pas à recourir à deux débridements symétriquement placés, c'est ce qu'il appelle l'*hystérectomie vaginale élargie* (1908). Il pratique une double section totale du vagin, à droite et à gauche, depuis le cul-de-sac correspondant jusqu'à la vulve et le long du périnée ; il divise ainsi le vagin en deux segments égaux et symétriques, un antérieur et un postérieur. Grâce à cet artifice, l'« opérabilité » atteindrait la proportion de 72 0/0, car ces incisions « auxiliatrices » permettraient d'enlever une plus grande portion de ligaments larges que par le procédé de WERTHEIM.

La statistique publiée par M. SCHUCHHARDT n'est réellement pas mauvaise, surtout si l'on songe que la plupart des malades opérées avaient des lésions très avancées. Sur 83 hystérectomies para-vaginales, il a enregistré 8 décès, ce qui indique une mortalité immédiate de 9,6 0/0. En revanche, il avoue plusieurs accidents opératoires : 4 blessures de la vessie, 2 blessures du rectum, 2 blessures d'un uretère.

La statistique de M. STAUDE est moins satisfaisante : il annonce 2 morts sur 19 cas peu graves et 7 morts sur 25 cas avancés dans leur évolution. Donc 20 0/0 de mortalité.

Dans un mémoire publié en 1902, M. SCHAUTA (de Vienne) s'est déclaré partisan de cette opération.

Indications et choix du procédé. — Abandonné à lui-même, le cancer du col, nous l'avons dit, se termine invariablement par la mort : il n'existe pas un seul fait authentique de guérison spontanée, ni même de survie très prolongée.

L'extirpation large et précoce est donc la seule chance de salut, ou, tout au moins, le seul moyen de retarder de plusieurs années l'échéance fatale.

Avant d'aller plus loin, nous ferons remarquer qu'il y a, au point de vue de l'étendue des lésions, une limite au delà de laquelle l'utérus cancéreux cesse d'être dans des conditions favorables à une intervention vraiment utile.

Voie vaginale. — La plupart des chirurgiens admettent deux contre-indications formelles à l'extirpation totale :

1° l'envahissement confirmé, certain, des culs-de-sac vaginaux ; 2° l'immobilité plus ou moins complète de l'utérus, signe capital, car il implique que le mal a déjà atteint les tissus péri-utérins et les ligaments larges.

Il est vrai que M. Schuchhardt a essayé d'étendre les limites de l'opérabilité pour l'hystérectomie basse en utilisant des *incisions para-vaginales* qui, en agrandissant la brèche vagino-pelvienne, donneraient plus de jour et plus de place et faciliteraient l'excision d'une grande partie du paramétrium. Nous savons que son exemple a été suivi par quelques opérateurs allemands, Schauta et Staude, entre autres. En France, cette pratique ne semble pas avoir encore tenté les chirurgiens. Du reste, les observations publiées jusqu'à ce jour sont trop peu nombreuses et trop récentes pour qu'on puisse juger, dès maintenant, des progrès accomplis par la nouvelle méthode sur les anciennes. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que son pronostic est sensiblement plus grave que celui de l'hystérectomie sans incisions supplémentaires.

En résumé, si les culs-de-sac vaginaux ne sont pas indemnes, si la mobilité normale de la matrice est compromise, il faut s'abstenir. Cette règle est absolue, péremptoire ; elle ne souffre aucune exception.

Voie abdominale. — On peut l'envisager « comme une ressource qui permet d'aller un peu plus loin, de réséquer une partie infiltrée de la paroi vaginale, d'extirper tout près d'elle un noyau de propagation » ; mais l'intervention n'en est pas moins contre-indiquée si les culs-de-sac sont franchement infiltrés, et surtout si la matrice est en train de s'immobiliser. En un mot, il faut être extrêmement prudent et réservé dans le choix de ces cas extrêmes ou « cas limites ».

Étudions maintenant la valeur respective de ces deux grandes méthodes.

L'hystérectomie vaginale mérite-t-elle d'être supplantée par l'opération de Freund-Wertheim ? Ou bien faut-il admettre que chacune d'elles répond à des indications précises et bien déterminées ?

Nous avons déjà parlé de la prédilection des chirurgiens d'aujourd'hui pour les interventions par la voie haute ; nous

avons exposé les raisons qu'ils font valoir pour justifier cette préférence qui, pour quelques-uns, dégénère en un véritable engouement ; ces raisons il faut les rappeler à nouveau ici : 1° la laparotomie confère à l'opérateur le moyen de voir ce qu'il fait, de contrôler par la vue le travail effectué par ses doigts et ses instruments ; grâce à la large brèche qu'elle crée, on peut enlever les ganglions malades ou suspects, exciser le tissu cellulaire, les voies lymphatiques, réséquer une grande partie des ligaments larges, et cette exérèse, beaucoup plus radicale que celle qu'il est possible de réaliser par le vagin, assure à l'opérée des chances infiniment plus sérieuses d'échapper à la récidive que ne peut le faire la colpo-hystérectomie la plus parfaite ; 2° par le fait même qu'elle procure plus de jour et qu'elle permet d'explorer le petit bassin d'une manière plus complète, l'incision sus-pubienne étend les limites de l'« opérabilité » dans des proportions considérables, et, grâce à elle, le chirurgien ose s'attaquer, avec de sérieuses chances de réussite, à des lésions relativement très avancées, et, en tout cas, matériellement inabordables à travers le cylindre vaginal.

Voilà de bien séduisantes promesses ; il s'agit de savoir si, dans la pratique, elles ont pu être tenues.

Jusqu'à présent, les prévisions des laparotomistes ne se sont malheureusement pas réalisées, et la supériorité de l'opération Freund-Wertheim sur la colpo-hystérectomie, au moins en ce qui concerne les résultats — immédiats et éloignés, — reste encore à démontrer ; les adversaires de la voie basse affirment que la méthode sus-pubienne est l'opération de l'avenir, celle qui réalisera peut-être la cure radicale du cancer utérin ; mais ils ne se pressent pas beaucoup de nous en fournir les preuves. Nous avons vu quelle est la gravité du pronostic post-opératoire ; nous avons montré, statistiques en main, que le chiffre de la mortalité oscillait encore entre 18 et 22 0/0 — mortalité trois fois plus élevée que celle de la colpo-hystérectomie ; — et il est bon de faire remarquer que, pour réduire à ce taux la mortalité de 30 à 40 0/0 des premières interventions (nous ne parlons pas, bien entendu, des vieilles statistiques de Ahlfeld, de Hegar et Kaltenbach qui marquaient 60 à 70 0/0 de décès),

les chirurgiens ont dû renoncer à s'attaquer aux cas trop avancés et abandonner la pratique du curage pelvien !

Quant aux résultats éloignés, les chirurgiens comptent beaucoup sur la possibilité des extirpations ganglionnaires pour obtenir des survies plus prolongées que celles de l'hystérectomie vaginale, et peut-être aussi des cures radicales définitives ! jusqu'à l'heure actuelle, rien n'est venu prouver la justesse de ce calcul ; les laparotomistes ne manquent pas de faire observer que la méthode de Freund-Wertheim est encore trop jeune pour pouvoir être appréciée à sa juste valeur, et qu'il faut lui faire encore crédit pendant quelques années.

Avec MM. Pozzi, Richelot, Schauta, Olshausen, Landau, etc., nous ne croyons pas que la recherche et l'ablation des ganglions puissent avoir quelque influence sur le pronostic éloigné de cette opération, et cette opinion se fonde sur les considérations suivantes : 1° il est matériellement, humainement impossible d'extirper nous ne disons pas tous, mais même la moitié des ganglions tributaires des lymphatiques utérins ; 2° la clinique a prouvé et prouve tous les jours que la récidive se déclare presque toujours dans le voisinage de la cicatrice opératoire ; que la mort par repullulation ganglionnaire est l'exception ; 3° les recherches anatomo-pathologiques entreprises par MM. Funke, Peiser, Wertheim, Irish, etc., ont montré — et nous avons déjà parlé de cette importante question à propos de l'anatomie pathologique ;— que la date de l'invasion ganglionnaire est extrêmement variable et échappe à toutes nos prévisions ; toujours est-il que, dans un très grand nombre de cas, en ouvrant le ventre on constate : soit que le paramétrium est infiltré sans qu'il soit possible de percevoir le moindre vestige d'adénopathie ; soit que les ganglions hypertrophiés sont le siège d'un processus inflammatoire ; soit, enfin, l'absence de toute adénopathie et de tout envahissement périmétritique ; dans ces conditions, à quoi bon avoir exposé la malade aux risques de l'inoculation péritonéale ?

Il est possible que l'avenir donne raison aux partisans de la voie haute ; pour le moment, il nous semble plus sage de considérer l'opération de Freund comme une méthode

d'exception dont les indications sont extrêmement restreintes, puisqu'elles ne paraissent légitimes que dans les deux circonstances suivantes : 1° étroitesse, rigidité extrême et inextensibilité du vagin ; 2° léger empiètement du cancer hors des limites de l'utérus, faisant craindre que la voie vaginale n'offre pas une brèche suffisante pour permettre au chirurgien de dépasser largement les limites de l'infiltration néoplasique.

Bibliographie. — Ces indications se rapportent aux travaux les plus récents et les plus importants. WERTHEIM, Cancer utérin et hyst. abd. (*Centralbl. für Gynäk.*, 1902, p. 2490). — OLSHAUSEN, Cancer de l'utérus et récidive (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1903, t. XLVIII, p. 262). — WINTER (*Centralbl. für Gyn.*, 1902, p. 81). — FLAISCHLEN, Cancer ut. et résultats éloignés de l'ablation (*Centralbl. für Gyn.*, 1903, n° 52, p. 1558). — KRŒNIG, Cancer et hyst. totale (*Monat. für Geb. und Gyn.*, 1904, t. XIX, p. 205). — SCHINDLER, Résultats éloignés de l'extirpation dans le cancer de l'utérus (*Monat. für Geb. und Gyn.*, 1906, t. XXIII, p. 78). — SCHAUTA, Cancer de l'utérus et hyst. vaginale (*Monat. für Geb. und Gyn.*, 1904, t. XIX, p. 675). — MACKENRODT, Ganglions lymphatiques et cancer utérin (*Monat. für Geb. und Gyn.*, 1904, t. XIX, p. 815). — Consulter encore les comptes rendus des *Congrès :* de Paris (1900), de Giessen (1901), de Rome (1902), de Madrid (1903), ainsi que les *Congrès de la Société de Chirurgie* de Paris depuis 1899. — TESSON, Cancer du corps de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1902) : travail très intéressant.

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Étiologie, pathogénie, anatomie pathologique. — Si le cancer primitif du corps de l'utérus a, pendant longtemps, passé pour une affection très rare, c'est qu'on ne savait pas toujours le distinguer du sarcome ni même du déciduome malin. Les recherches de ces dernières années, surtout celles de GUSSEROW, ont prouvé qu'il n'en était rien. En consultant les travaux publiés sur ce sujet, nous constatons que HOFMEIER a rencontré 29 cancers du corps sur 251 cas d'épithélioma de la matrice ; SEGOND, 25 cas sur 95 ; KRUKENBERG, 30 cas sur 237 ; etc. ZWEIFEL estime que la fré-

quence relative de ces deux localisations est de 10 0/0 pour le corps de l'utérus et de 90 0/0 pour le col. Dans une période de onze années, M. Pozzi a observé dans son service 6 cancers primitifs du corps contre 204 cancers du museau de tanche. D'après M. Weibel, assistant du professeur Wertheim, en l'espace d'une quinzaine d'années (1898-1913), on a noté, à la Clinique gynécologique de Vienne, 70 cas de cancer du corps de l'utérus contre 1.500 cancers du col, et, au point de vue de la statistique opératoire, cet auteur signale 67 hystérectomies pour cancer du corps contre 714 exérèses pour épithélioma cervical. En tenant compte de ces chiffres, on voit donc que cette localisation est loin d'être aussi rare qu'on l'a cru jusqu'à présent.

Une étude plus attentive de cette affection a permis de constater que les allures cliniques de ce néoplasme ne sont pas précisément celles du vulgaire épithélioma cervical ; enfin, on s'est aperçu que les résultats éloignés de l'hystérectomie n'étaient pas non plus comparables à ceux que procure l'extirpation totale dans le cancer ordinaire. Toutes ces raisons ont déterminé les auteurs à consacrer à cette variété d'épithélioma une description particulière.

En ce qui concerne les causes réelles du mal, nous ne sommes pas mieux renseignés que sur la genèse du cancer cervical ; tout ce qu'il est permis d'avancer, c'est que le cancer primitif du corps atteint surtout les femmes qui ont atteint ou dépassé la ménopause, entre 50 et 60 ans ; cependant on a signalé des cas plus précoces, chez des malades de 30 et de 35 ans. Si nous en croyons MM. Wertheim et Weibel, les nullipares y seraient plus prédisposées que les femmes qui ont eu plusieurs enfants.

A l'œil nu, ce cancer se présente sous deux formes : dans la *forme diffuse*, on trouve toute la muqueuse infiltrée, épaissie, dure, sauf à la surface où elle a souvent une consistance fongueuse, mollasse ; dans la *forme circonscrite*, le mal prend l'aspect d'un champignon souvent lobulé, à base plus ou moins pédiculée. Il est rare que le processus franchisse l'isthme pour envahir la muqueuse cervicale.

Histologiquement, le cancer primitif du corps est presque toujours un *épithélioma cylindrique ;* cependant Piering,

PFANNENSTIEL, etc., ont observé quelques cas du type pavimenteux. On a publié des exemples exceptionnels d'utérus portant simultanément des cancers primitifs du col et du corps, nettement indépendants l'un de l'autre.

La présence de noyaux fibromateux dans une matrice atteinte d'épithélioma primitif du corps est loin de constituer une rareté, comme on l'enseignait autrefois.

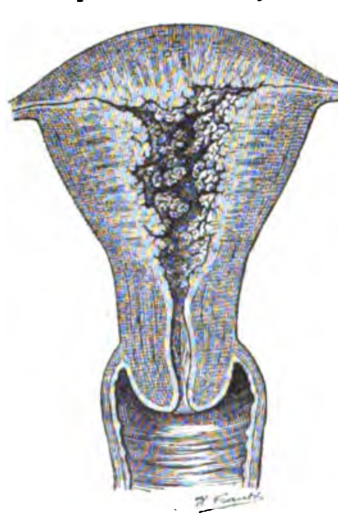


FIG. 193.

Symptômes. — Pendant les premiers mois : hydrorrhée séreuse ou roussâtre, métrorragies modérées, leucorrhée purulente et fétide, comme dans le cancer ordinaire. Après un laps de temps variable, mais généralement assez long, la douleur, qui était peu accusée ou même absente, devient le symptôme dominant et acquiert une intensité anormale ; elle se caractérise par des *accès paroxystiques*, que quelques cliniciens considèrent comme la signature de la maladie ; ce sont de véritables crises névralgiques survenant 2, 3, 4 fois par jour, à des heures assez régulières. Dans certains cas, elles atteignent une acuité extraordinaire et provoquent l'explosion de violentes attaques nerveuses.

Les renseignements fournis par l'examen direct sont assez vagues ; par l'exploration bimanuelle, on trouve un utérus uniformément hypertrophié, dur, mobile jusqu'à une période assez avancée de la maladie. Là douleur réveillée à cette occasion est très variable et sans signification précise. Au spéculum : col normal ou un peu gros, souvent entr'ouvert, quelquefois ramolli. L'hystérométrie, à laquelle il faut toujours recourir, révèle constamment un agrandissement

notable de la cavité utérine ; l'instrument ramène des débris qu'on ne doit jamais négliger d'examiner au microscope.

A la longue, l'utérus finit par perdre sa mobilité ; il s'enclave dans le pelvis au milieu d'adhérences épaisses qui lui forment comme une coque. La malade, épuisée par les pertes de sang et par de continuelles souffrances, dépérit progressivement, puis tombe dans le marasme auquel elle succombe, à moins d'être subitement emportée par une complication intercurrente (hémorragie foudroyante, urémie, ictère grave, etc.).

La mort par généralisation est encore plus rare que dans l'épithélioma du col ; pourtant BALLERINI soutient que les métastases sont plus fréquentes chez les femmes atteintes du cancer du corps. (*Annali di ost. e gin.*, 1912 [1].)

Diagnostic. — Il n'y a que l'examen histologique, après curettage explorateur, qui permette d'affirmer la nature réelle du mal. Sans ce précieux moyen d'investigation, il est bien difficile de savoir si les accidents sont causés par un sarcome ou s'ils sont dus à un cancer épithélial. Le toucher intra-utérin ne renseigne que sur la présence du néoplasme. Toutefois, les présomptions en faveur d'un épithélioma du corps seront sérieuses, si la douleur accusée par la patiente affecte ce caractère nettement paroxystique sur lequel nous avons déjà appelé l'attention.

Marche et pronostic. — Ce qui caractérise, avant tout, le cancer primitif du corps de l'utérus, c'est l'extrême lenteur de sa marche : pendant des années, le mal reste cantonné dans la cavité utérine, les voies lymphatiques demeurent indemnes, et la patiente conserve toutes les apparences de la santé. Le témoignage des cliniciens est unanime sur la réalité de cette évolution.

Au point de vue du traitement chirurgical, cette variété

1. SCHLÜTTER a signalé un cas fort curieux de *cancer secondaire des deux glandes de* BARTHOLIN chez une femme de 49 ans atteinte de cancer du corps de l'utérus (1908).

d'épithélioma mérite donc d'être considérée comme un néoplasme *relativement* bénin — très relativement ! — puisque l'opérateur a souvent la bonne fortune de pouvoir intervenir avant la diffusion du processus hors des parois de la matrice ; c'est ce que l'expérience a démontré dans un nombre de cas relativement considérable. En effet, *les plus beaux succès de l'hystérectomie ont été constatés chez des opérées pour cancers du corps de l'utérus.*

Toutefois, on aurait bien tort de pousser trop loin l'analogie entre ce type d'épithélioma et les néoplasies histologiquement bénignes : le cancer du corps tue plus lentement et récidive moins souvent que celui du segment inférieur ; mais rappelons-nous, qu'abandonné à son évolution naturelle, il aboutit immanquablement à la mort.

La durée moyenne de cette forme paraît être de quatre à cinq années ; mais les exemples de malades qui ont survécu six, sept et même huit années ne sont pas rares. En revanche, on a signalé quelques cas moins favorables, dans lesquels la terminaison fatale est survenue au bout de deux ou trois ans seulement.

Traitement. — Il va sans dire que c'est l'extirpation pratiquée sans retard, aussitôt le diagnostic posé. Avec M. Pozzi, la plupart des chirurgiens français préconisent l'opération de Wertheim-Freund. Tel n'est pas l'avis de M. Richelot, qui préfère recourir à un procédé moins meurtrier ; avec beaucoup de justesse il fait observer que la méthode de choix est la colpo-hystérectomie, puisque nous savons que tout le mal est cantonné dans l'utérus seul.

Les survies post-opératoires consignées dans la littérature médicale sont réellement encourageantes : 3 ans, 5 ans, 6 ans, 7 ans, 9 ans, 10 ans, 11 ans.

Dans le service de Wertheim (à Vienne) (1898-1913), la mortalité opératoire immédiate, considérée en bloc, a été de 10 1/2 0/0 (7 morts sur 67 opérées). Voici maintenant le détail de cette série :

12 hyst. abd.	simples...	2 morts...	16 0/0	
16 —	élargies...	4 — ...	25 0/0	(méth. Wertheim)
36 —	vaginales.	1 — ...	2,8 0/0	

Il résulte de ces chiffres que la voie basse est de beaucoup la plus bénigne et la méthode de WERTHEIM la plus meurtrière ; mais M. WEIBEL fait remarquer que les cas les plus graves de la série ont été traités par la voie abdominale élargie.

Quant à la récidive, il résulte des constatations faites à la clinique de Vienne, qu'elle est *presque toujours locale*, elle apparaît au *niveau de la cicatrice* ou dans son voisinage immédiat.

Le tableau suivant mérite d'être retenu :

12	hyst. abd. simples....	6	récidives...	50 0/0
16	— élargies....	2	— ...	12 0/0
36	— vaginales...	10	— ...	20 0/0

En ce qui concerne les *résultats éloignés définitifs* des 60 malades qui ont survécu à l'opération, 43 sont vivantes depuis au moins 5 ans. En somme, la *guérison définitive*, d'après la formule de WINTER, a été de 60 0/0 pour le cancer du corps et de 63 0/0 dans le cancer du col ; la *guérison absolue* — en comprenant tous les cas même ceux qui n'ont pas été opérés — a été de 50 0/0 pour le cancer du corps, et de 20 0/0 pour le cancer du col (toujours d'après les calculs de WINTER).

Bibliographie. — TESSON. Cancer du corps de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1902). — WEIBEL. Cancer du corps utérin (*Archiv. f. Gyn.*, 1913). — HIRSCHBERG. Cancer du corps de l'utérus chez les vierges (*Berl. Klin. Woch.*, 1909).

LE DÉCIDUOME MALIN [1]

Synonymie. — *Choriome malin, syncytiome malin, sarcome chorial, sarcome décidual, sarcome déciduo-cellulaire, épithélioma ectoplacentaire, épithélioma chorio-ectodermique.*

1. Cet article est un résumé du mémoire publié par l'auteur dans la *Gynécologie*, 1904, n° 3, p. 193 (O. DOIN, éditeur, Paris).

Historique et pathogénie. — Sous le nom très impropre de déciduome malin, on est convenu de désigner une tumeur extrêmement maligne, qui prend naissance au sein des tissus utéro-placentaires, et dont la genèse est intimement liée à l'évolution de la grossesse.

Disons tout de suite que le déciduome se caractérise : histologiquement, par la présence d'éléments cellulaires spéciaux, les *plasmodies*, grâce auxquels il se différencie de toutes les tumeurs connues ; cliniquement, par son apparition au cours de l'état puerpéral (accouchement, avortement, môle hydatiforme), par une marche très rapide, accompagnée de métrorragies rebelles et de métastases viscérales *précoces*, que provoquent des embolies néoplasiques se propageant par la voie sanguine.

Cette singulière et redoutable affection n'est assez bien connue que depuis une dizaine d'années ; cependant on a retrouvé des observations de déciduome datant de plus de vingt-cinq ans, et publiées, pour la plupart, sous la rubrique de cancer du corps de l'utérus : leurs auteurs ne s'étaient pas doutés qu'ils se trouvaient en présence d'une entité morbide nouvelle.

La plus ancienne de ces observations paraît être celle que publia NETZEL en 1872, avec l'étiquette de *type anormal de cancer utérin* (*Eigenthümlicher Casus von Gebärmutterkrebs*) ; la relation du mal avec la grossesse lui avait complètement échappé ; et cependant, en lisant la description qu'il en donne, il n'est guère possible de méconnaître un cas de choriome malin.

La deuxième observation, parue en 1876, est due à MAIER, qui avait diagnostiqué un néoplasme de la caduque. Vint ensuite CHIARI, qui rapporta 3 nouveaux faits qualifiés de *cancers du fond de l'utérus au cours de la grossesse*.



En 1885, HOFMEIER publia une observation typique de déciduome malin, qu'il prit pour un vulgaire épithélioma du corps utérin. Il s'agissait d'une multipare de trente ans, qui, après avoir rendu une môle en juillet 1884, continua de perdre du sang pendant quelque temps, jusqu'à ce qu'elle fût redevenue enceinte. En décembre 1884, avortement au troisième mois et mort de la malade. A l'autopsie, HOF-

MEIER trouva un carcinome du fond, au niveau même de l'insertion placentaire, et de nombreuses métastases pulmonaires.

Néanmoins, tous ces faits passèrent, pour ainsi dire, inaperçus, jusqu'au moment où SÄNGER fit sa première communication à la *Société de gynécologie de Leipzig*, le 16 juillet 1888. Avec lui, l'histoire du déciduome malin entra dans sa période scientifique. Le premier, il donna une bonne description de la maladie et montra qu'on avait affaire à un néoplasme non encore décrit et bien différent de toutes les autres tumeurs. Mais quelle était la nature de la nouvelle maladie et où puisait-elle son origine ? SÄNGER n'hésita pas à en faire une tumeur conjonctive, un sarcome, et il affirma qu'elle se développait aux dépens de la caduque, d'où le nom de *déciduome* qu'il lui donna et qui lui est resté.

A partir de cette date, les observations et les recherches se multiplient, et nous voyons paraître successivement les travaux de PFEIFFER, de LŒHLEIN, de NOVÉ-JOSSERAND, de ZWEIFEL, etc. Presque tous considèrent la nouvelle tumeur comme un sarcome *décidual ;* TOUPET et HARTMANN, BEACH, pensent, au contraire, qu'il s'agit d'un sarcome *ovulaire*, *fœtal*. Bientôt paraît la monographie de GOTTSCHALK : pour lui, le néoplasme appelé déciduome malin est un sarcome des villosités choriales. Ajoutons que cet auteur a eu le mérite d'insister sur la fréquence de la môle dans les antécédents des malades.

Avec le célèbre mémoire de MARCHAND, paru en 1895 et intitulé : *Ueber die sogennanten decidualem Geschwülsle*, la question entra dans une phase nouvelle. Cet auteur nia que ce qu'on appelait déciduome fût un sarcome ; il montra, au contraire, de la manière la plus évidente ; qu'il s'agissait d'une tumeur *épithéliale*, et que cet épithélioma naissait aux dépens du syncytium et des cellules de la couche de LANGHANS. c'est-à-dire aux dépens du revêtement épithélial des villosités du chorion. Voici, d'ailleurs, les principales conclusions de son travail : 1° les parties qui proviennent du syncytium se présentent sous la forme de grandes cellules ou sous celle de masses protoplasmiques polynucléées, formant une charpente ou une sorte de réseau limitant des

espaces sanguins, vis-à-vis desquels ces cellules se comportent comme le fait le syncytium proprement dit à l'égard des espaces intervilleux ; 2° les noyaux de ces cellules sont ordinairement petits et se multiplient par division directe ; 3° les cellules provenant de la couche de LANGHANS sont des éléments presque toujours polyédriques et affectent la forme de cellules claires, riches en glycogène ; ces cellules sont plus petites que les cellules syncytiales isolées ; 4° la grossesse molaire favorise le développement du déciduome, attendu que, dans ce cas, la prolifération des éléments épithéliaux se fait d'une manière beaucoup plus active que dans la grossesse normale ; 5° les cellules déciduales vraies ne prennent pas part à la formation de la tumeur, pas plus que le tissu conjonctif du chorion ; 6° les métastases se font presque exclusivement par la voie sanguine.

Toutefois, il convient d'ajouter que, pour MARCHAND, le déciduome, bien que néoplasme franchement et uniquement épithélial, reconnaît une origine mixte ; il est fœtal par les cellules de LANGHANS ; utérin, maternel, par les éléments du syncytium. C'est la doctrine également soutenue par RESINELLI, BANDLER, EUGÈNE FRÄNKEL et LANGHANS, sauf quelques divergences d'ordre secondaire. Cependant, dans un travail publié ultérieurement, en 1898, les idées de MARCHAND se sont modifiées, et il ne semble plus hostile à la théorie qui fait du syncytium une *émanation de l'ectoderme fœtal.*

Aujourd'hui, il n'est, pour ainsi dire, plus personne qui admette sérieusement l'origine déciduale, maternelle, du chorio-épithélioma. Presque tout le monde s'est rallié à la doctrine proposée par APFELSTEDT et ASCHOFF, à savoir que *le déciduome malin est un néoplasme développé aux dépens du syncytium et de la couche* de LANGHANS, lesquels proviennent, tous deux, de l'*ectoderme fœtal.* A cette manière de voir se sont également rangés HUBRECHT, WEBSTER, van den HŒVEN et DURANTE.

S'appuyant sur les travaux de MATHIAS DUVAL, DURANTE a montré que le syncytium émane bien de l'ectoderme fœtal, de l'ectoplacenta, et il soutient que le déciduome doit être envisagé comme un *épithélioma ectoplacentaire syncytial.* « Le déciduome, dit-il, est une tumeur provenant de

l'ectoderme fœtal, dans sa portion placentaire, un épithélioma fœtal, par conséquent, naissant soit directement de l'ectoplacenta, soit du syncytium qui en représente les débris dans le placenta à terme... Cette étude nous a montré dans l'ectoplacenta un organe qui, à l'état physiologique, reproduit, dans ses moindres détails, tous les caractères du déciduome (masses plasmodiales, envahissement des vaisseaux, circulation lacunaire creusée dans l'épithélium). Le placenta, à cette période, se présente comme une véritable tumeur ne dépassant pas la caduque et qui sera éliminée complètement au moment de la délivrance. Le déciduome peut donc être comparé à une récidive maligne de l'ectoplacenta physiologique, débutant parfois pendant la grossesse, se développant généralement plus tard par végétation des débris syncytiaux contenus soit dans des môles, soit dans des polypes placentaires. »

Enfin, Letulle et Bonnaire ont repris cette question et sont arrivés à cette conclusion, que c'est la membrane intermédiaire du placenta, c'est-à-dire le chorion, et, plus spécialement, son revêtement externe, le syncytium, qui donne naissance au déciduome.

En résumé, on voit qu'il y a deux principales théories pathogéniques pour expliquer la genèse de cette terrible maladie. L'une, plus ancienne, mais à peu près délaissée aujourd'hui, en fait une tumeur conjonctive, un sarcome décidual ou ovulaire ; elle a eu pour défenseurs Sänger, Chiari, Bacon, Macaigne, Segal, Toupet et Hartmann, pour ne citer que les noms les plus connus. L'autre, plus moderne, plus scientifique, et, en quelque sorte, seule admise aujourd'hui, considère le déciduome comme un épithélioma spécial, d'origine fœtale, comme un néoplasme sans analogue dans la science, et qui se formerait exclusivement aux dépens du revêtement épithélial des villosités du chorion ; elle a pour auteurs Marchand, Apfelstedt et Aschoff, Durante, Teacher, etc.

Nous avons dit, au début de ce chapitre de pathogénie, que la genèse du déciduome était intimement liée à l'évolution de la grossesse, par conséquent, pas de déciduome sans fécondation et sans grossesse antérieure. Cette formule

n'est plus admise aujourd'hui, car *on a trouvé du tissu déciduomateux* (cellules de LANGHANS et plasmodies) *en dehors de l'état puerpéral, non seulement chez la femme, mais encore chez la fille vierge, chez la fillette et même chez l'homme.*

C'est à SCHLAGENHAUFER et à WLASSOW que l'on doit cette importante découverte, et les observations qui ont été publiées depuis sont trop formelles pour qu'il soit possible de conserver le moindre doute sur l'authenticité des faits rapportés.

La plupart de ces observations concernent des tumeurs mixtes, des *tératomes de l'ovaire et du testicule*, c'est-à-dire des productions congénitales ; et c'est dans le tissu des tératomes que l'on a découvert des zones, des noyaux entiers constitués par des éléments chorio-épithéliomateux (syncytium seul ou associé aux cellules de LANGHANS).

Jusqu'à présent, on a pu réunir une quinzaine de cas appartenant à cette catégorie de tumeurs. Nous allons en rapporter quelques exemples typiques.

Il y a d'abord l'observation recueillie par LUBARSCH et concernant une fillette de treize ans, de complexion chétive, *non réglée*, et chez laquelle on dut intervenir pour un néoplasme abdominal. A l'ouverture du ventre, on tomba sur des masses néoplasiques remplissant l'excavation pelvienne. Une opération radicale ayant été jugée impossible, on referma l'abdomen après avoir prélevé quelques fragments de tumeur qui furent soumis à l'examen microscopique. La fillette ne tarda pas à succomber. L'examen histologique fit reconnaître, dans le néoplasme, la présence d'éléments comparables à ceux du déciduome ordinaire.

Voici un autre cas étudié dans le service de LANDAU par M. L. PICK. Il s'agit d'une fillette de neuf ans, *non encore réglée* et ayant des organes génitaux incomplètement développés. Elle dut subir une opération à cause d'une tumeur abdominale dont on ignorait complètement la nature. Laparotomie : à l'ouverture du péritoine, il s'écoula une assez grande quantité d'ascite hémorragique. On arriva ensuite sur des masses néoplasiques qui encombraient le pelvis et adhéraient à l'épiploon et à l'intestin grêle. Il n'y avait pas

à songer à une intervention curative. On referma le ventre et la petite malade mourut au bout de peu de temps. L'examen histologique montra qu'on se trouvait en présence d'un tératome ovarien renfermant du tissu chorio-épithéliomateux en abondance.

Dans la thèse de LURZ, on lit une observation calquée pour ainsi dire sur la précédente et se rapportant à une petite fille de huit ans.

Voici, maintenant, quelques exemples de déciduome malin observé chez l'homme. Le cas de BOSTRÖM est un des plus intéressants. Il concerne un homme de trente ans, qui fut opéré pour une petite tumeur cérébrale. L'examen histologique y révéla la présence de masses déciduales. Au bout de quelque temps, cet homme mourut, et l'autopsie fit découvrir une tumeur des ganglions rétro-péritonéaux et de nombreuses métastases pulmonaires. Un nouvel examen microscopique confirma le diagnostic porté après l'opération.

L'observation suivante publiée par RITSCHIE n'est pas moins curieuse. Il s'agit d'un jeune homme qui avait succombé à une tumeur maligne du médiastin. A l'autopsie, on trouva une masse comprenant un kyste dermoïde et un autre néoplasme dans lequel le microscope décela du déciduome typique. Il y avait, en outre, plusieurs noyaux dans le poumon, le foie, la rate. Ces noyaux offraient une structure identique à celle de la tumeur principale.

HANSEMANN parle aussi d'un jeune homme de vingt-huit ans auquel il avait fait l'ablation du testicule droit pour un néoplasme malin. L'organe enlevé renfermait du déciduome typique avec plasmodies et cellules de LANGHANS. L'opéré mourut, et l'autopsie montra l'existence des foyers secondaires dans le poumon, la rate, le foie, etc.

EMANUEL a rapporté une observation absolument comparable à la précédente. L'autopsie fit encore découvrir des foyers choriomateux dans le poumon, le pancréas, le foie.

Des recherches auxquelles se sont livrés ces auteurs il résulte donc que tous ces néoplasmes sont d'origine congénitale, qu'ils se développent toujours chez des sujets jeunes, et qu'ils évoluent avec une extrême rapidité pour aboutir à la généralisation viscérale et à la mort.

Mais comment expliquer la présence des plasmodies et des cellules claires dans des cas où il est bien avéré qu'il n'a pu y avoir ni fécondation ni grossesse, comme, par exemple, chez des fillettes de neuf et de treize ans, et, à plus forte raison, quand il s'agit de tératomes testiculaires ou de tumeurs médiastines chez des sujets du sexe masculin? La réponse est aisée, si l'on veut bien se rappeler que tous ces néoplasmes sont des productions d'origine congénitale, de véritables tératomes, c'est-à-dire des rudiments d'embryon ; et, pour peu qu'on réfléchisse, on ne trouvera pas plus extraordinaire de rencontrer, dans une tumeur ovarienne ou testiculaire, des plasmodies et des cellules de LANGHANS, qu'une ébauche d'œil ou des lambeaux de tissu cérébral, etc. Tous ces faits relèvent de la théorie de la parthénogénèse que nous n'avons pas à exposer ici.

Anatomie pathologique. — Examiné sur place et à l'œil nu, le déciduome se présente souvent comme une masse étalée, irrégulière, anfractueuse, d'aspect fongueux, mûriforme, largement implantée dans la paroi utérine par des prolongements nombreux et profonds, qui s'insinuent entre les faisceaux musculaires. D'autres fois, on a sous les yeux une ulcération plus ou moins étendue dont la surface est hérissée de bourgeons déchiquetés et de végétations villeuses. Au niveau de cette perte de substance, de cette excavation, la paroi utérine est toujours considérablement amincie, et, dans certains cas, réduite à la seule tunique péritonéale, qui elle-même peut être entamée, de sorte que le néoplasme plonge, pour ainsi dire, dans la cavité abdominale. Beaucoup plus rarement le déciduome se pédiculise et affecte la disposition d'un polype intra-utérin. Enfin, on a rapporté des exemples de déciduomes qui se sont développés dans l'épaisseur de la paroi utérine et ont évolué du côté de la surface péritonéale, sans avoir ulcéré la muqueuse.

Le volume de la tumeur varie de celui d'une cerise ou d'une noisette à celui d'une pomme ou d'une orange ; sa couleur est grisâtre, semée de taches hémorragiques, ou bien d'un gris rosé, ou bien encore d'un rouge sombre, lie de vin.

Sa consistance est ordinairement molle et friable : le déciduome n'a jamais la fermeté du fibrome, ni la dureté caractéristique de l'épithélioma vulgaire.

Dans l'immense majorité des cas, le déciduome a son siège dans le segment supérieur de la matrice, près du fond de l'organe. Au début, le néoplasme n'intéresse que la muqueuse ; mais le parenchyme ne tarde pas à être envahi, et le mal finit par occuper toute l'épaisseur de la paroi utérine. Nous avons déjà dit qu'il pouvait même franchir les limites de cette paroi, perforer la séreuse et venir faire saillie au milieu des anses intestinales. Dans un cas rapporté par SOLOVIJ, la tumeur avait traversé la paroi postérieure et s'était diffusée dans le paramétrium. H. SCHMIT parle d'une femme de vingt-neuf ans, chez laquelle le processus, après avoir franchi la paroi postérieure de l'utérus, avait contracté des adhérences avec l'S iliaque et était descendu jusque dans le cul-de-sac de DOUGLAS.

A la période du début, l'utérus n'est pas sensiblement augmenté de volume ; sa mobilité est conservée, de sorte que, à ce moment, on ne pourrait guère porter le diagnostic de tumeur utérine. Puis, à mesure que le déciduome évolue, la matrice s'hypertrophie d'une manière progressive, sans jamais atteindre des proportions excessives : il est rare que son volume égale celui d'une tête de fœtus à terme. Un fait important à noter, c'est la pâleur de la musculature utérine, qui tranche sur la coloration grisâtre, livide ou violacée, de la zone infiltrée par le néoplasme.

Contrairement à ce qui se passe pour le carcinome et pour les autres néoplasmes malins de l'utérus, lesquels se généralisent si rarement, dans le déciduome, les métastases s'observent avec une fréquence telle qu'on pourrait, en quelque sorte, les considérer comme faisant partie du complexus symptomatique de la maladie. On les a rencontrées dans à peu près tous les organes, mais leur siège de prédilection paraît être le *poumon*. Cette localisation explique l'oppression, les accès de dyspnée, la toux, les hémoptysies constatées pendant la vie. Les accidents pulmonaires ont quelquefois dominé la scène au point d'égarer le diagnostic et de faire croire à l'existence d'une bacillose du poumon.

Immédiatement après le poumon, c'est le *vagin* qui est le plus souvent atteint. La tumeur peut se montrer en n'importe quel point de l'appareil vulvo-vaginal, sur les grandes lèvres, le vestibule, les parois vaginales antérieure ou postérieure. Elle se présente, d'ordinaire, sous l'aspect d'une nodosité molle, violacée, qui augmente de volume, s'ulcère et saigne avec une abondance et une ténacité remarquables. Dans un cas étudié par ROSTHORN, la tumeur, grosse comme une noisette, se trouvait à l'entrée du vagin ; elle fut excisée ; mais, au bout de quelques jours, la malade succombait à une hémiplégie. L'observation de FLEISCHMANN concernait un noyau de la paroi vaginale antérieure ; il avait été découvert deux ans après le rejet d'une môle. SCHMORL parle d'une petite tumeur vaginale qui récidiva après ablation : la malade ne tarda pas à mourir emportée par la généralisation. LINDFORS a publié l'observation d'une malade qui portait, au-dessous du méat urinaire, une saillie grosse comme une noix et qui tendait à se pédiculiser ; cette petite tumeur était molle, bleuâtre et saignait avec la plus grande facilité.

D'après la statistique d'EIERMANN, il y avait 28 localisations pulmonaires pour 20 vaginales.

Les métastases dans le rein, la rate, le foie, l'intestin grêle ont été signalées par un grand nombre de chirurgiens ; et, chose curieuse, dans 3 observations rapportées par BUSSE, LINDFORS, DEVIS, l'utérus et les annexes étaient absolument indemnes, bien qu'il y eût des localisations viscérales nombreuses (foie, rate, intestin grêle, etc.).

HOLZAPFEL a signalé une métastase uréthrale, MALCOLM HEBB des foyers dans les ganglions du médiastin, APFELSTED et ASCHOFF dans le pancréas ; ROSTHORN a trouvé des noyaux secondaires dans le mésentère, le ligament large, les capsules surrénales ; KREBS en a découvert dans le corps thyroïde, dans les ganglions rétro-péritonéaux.

Les *métastases nerveuses* ont été observées par plusieurs auteurs. KREWER en rapporte deux cas intéressants. Le premier concerne une femme de trente-trois ans qui, plusieurs mois après un avortement, avait succombé au milieu de symptômes hémiplégiques. A l'autopsie, on trouva des

foyers de déciduome dans le cerveau, ainsi que dans la paroi utérine, dans le rein, etc. Le second cas se rapporte à une jeune femme de dix-neuf ans, qui fut frappée d'hémiplégie deux mois et demi après le rejet d'une môle. L'autopsie fit découvrir des noyaux caractéristiques dans le cerveau, dans le rein, le poumon, etc. Büsse a publié la curieuse observation d'une embolie de la sylvienne gauche consécutive à un déciduome. Lindfors, Tibaldi parlent aussi de métastases cérébrales. Enfin, Devis a trouvé des noyaux métastatiques dans le cerveau et à la partie supérieure du cervelet. Les foyers secondaires osseux paraissent plus rares ; cependant ils ont été observés dans le fémur, dans les os du bassin, etc.

Du côté des organes génitaux internes, on a signalé très souvent des noyaux secondaires dans l'épaisseur des parois utérines, dans les ovaires, les trompes, le tissu cellulaire pelvien, etc.

Des cas de mort sans métastases viscérales ont été rapportés par Risel, par Trautenroth, etc.

Nous venons de voir que l'examen à l'œil nu permettait déjà de distinguer une tumeur déciduale d'un épithélioma ordinaire ; les caractères histologiques du néoplasme sont beaucoup plus frappants.

L'examen microscopique nous montre que le déciduome est constitué par deux sortes d'éléments : les *cellules claires de* Langhans et les *cellules syncytiales ou plasmodies*.

Les cellules *claires*, cellules *mononucléées* ou *cellules de* Langhans, dérivent de la couche dite de Langhans, qui, normalement, repose sur le stroma de la villosité. Ce sont de gros éléments arrondis ou polyédriques, épithélioïdes, avec un protoplasma clair, transparent, contenant quelques granulations graisseuses et du glycogène. On n'y trouve ordinairement qu'un seul noyau, volumineux, et qui se colore facilement. Ces cellules sont bien distinctes et séparées les unes des autres par une membrane. Quelques auteurs, avec Otto de Franqué, admettent qu'il existe souvent, entre ces éléments cellulaires, une substance fibrillaire interstitielle.

D'après Teacher, les cellules claires sont bien définies et

individualisées ; dans leur stade jeune, elles sont petites, intimement accolées entre elles ; leurs noyaux sont ronds, ovales, clairs, vésiculeux avec un réticulum intra-nucléaire bien marqué et des nucléoles volumineux se colorant peu fortement.

Quoi qu'il en soit, on est à peu près d'accord aujourd'hui pour admettre que les cellules de la couche de LANGHANS ne constituent pas l'élément essentiel ni même un élément très important du déciduome ; *elles peuvent faire complètement défaut sans que la tumeur cesse d'être, pour cela, un déciduome parfaitement authentique.*

Il n'en est pas de même de la *plasmodie*, qui, elle, constitue l'*élément absolument constant* et *pathognomonique* choriome malin.

Cette plasmodie, appelée aussi *masse plasmodiale* ou *cellule syncytiale*, n'est pas, à proprement parler, une cellule véritable, pourvue de contours plus ou moins distincts ; ordinairement on désigne sous ce nom des amas de protoplasma informes et sans démarcations cellulaires. « Il est impossible, dit DURANTE, d'assigner des dimensions, même approximatives, à ces masses plasmodiales ; souvent elles constituent un revêtement plus ou moins continu et d'épaisseur variable aux îlots des cellules claires ; mais l'absence de membrane d'enveloppe, qui est un des caractères de ces éléments, leur permet soit de se fragmenter à l'infini en amas plus restreints, soit de confluer aisément les unes avec les autres et de constituer ainsi de vastes nappes à bords déchiquetés, s'étalant et se ramifiant dans tous les espaces laissés libres par les tissus voisins, et dont le volume dépasse de beaucoup les plus grandes cellules géantes.

« De leurs bords partent fréquemment des prolongements de toutes façons et de toutes dimensions, que l'on est en droit de considérer comme de véritables pointes d'accroissement. Ces prolongements peuvent tantôt se séparer de la masse principale et former de nouveaux amas plus petits, qui végètent sur place ou qui occasionnent des embolies néoplasiques en devenant libres dans le courant circulatoire, tantôt, au contraire, se joindre à d'autres prolongements semblables pour donner lieu à un véritable réseau protoplas-

mique renfermant dans ses mailles soit des cellules claires, soit simplement des éléments figurés du sang. »

Le protoplasma de ces plasmodies est ordinairement homogène et présente un aspect opaque ; il se colore fortement par l'éosine et par les autres colorants du plasma. Il renferme de nombreux noyaux, petits, ovales, en croissant, en demi-lune, disséminés sans ordre et se multipliant par division directe. Enfin, on trouve encore, dans ces masses plasmodiales, des vacuoles, des leucocytes, des hématies, etc.

Ce sont les plasmodies qui forment la zone d'accroissement du néoplasme.

Au sein du tissu déciduomateux, on ne trouve aucune trace de vaisseaux à parois propres. La vascularisation de la tumeur s'opère par des lacunes creusées comme à l'emporte-pièce en pleines masses plasmodiales ; ces lacunes sont assez nettement limitées soit par des cellules claires, soit par des masses plasmodiales, dont les prolongements protoplasmiques les échancrent et les divisent même en lacunes plus petites.

En pénétrant dans le muscle utérin, les masses plasmodiales dissocient les fibres et se prolongent le long des vaisseaux qu'elles finissent par attaquer, en faisant effraction à travers la paroi vasculaire. Après avoir pénétré dans le sang, les plasmodies se mettent à proliférer activement et se comportent de deux façons différentes : tantôt il se forme un bourgeon plein, oblitérant la lumière du canal et formant une thrombose cancéreuse susceptible de donner lieu à des embolies et à des métastases éloignées; tantôt le thrombus reste canaliculé et remplace la paroi détruite sans mettre obstacle à la circulation.

La destruction des vaisseaux et la pénétration des cellules syncytiales dans le torrent circulatoire expliquent la grande fréquence des hémorragies et la formation des noyaux métastatiques.

Suivant le groupement des éléments qui le constituent, le déciduome affecte la *forme villeuse* ou la *forme aréolaire*.

Dans la forme villeuse, les coupes donnent, à un faible grossissement, l'impression de villosités arborescentes enchevêtrées. Chaque villosité est revêtue d'une couche plasmo-

diale, d'où partent des pointes d'accroissement de toutes formes et de toutes dimensions ; son stroma est constitué par des cellules claires.

Dans la forme aréolaire, les masses plasmodiales dessinent un réseau irrégulier, dans les mailles duquel se trouvent les cellules claires ; celles-ci apparaissent comme des îlots entourés d'une coque plasmodiale qui les sépare des îlots voisins.

Ajoutons, en terminant, que MARCHAND a décrit une *forme typique* et une *forme atypique* du déciduome malin.

Le déciduome typique est caractérisé par la présence de masses plasmodiales ramifiées, formant un réseau irrégulier dont les travées sont criblées de noyaux, et dans les mailles duquel on trouve des cellules claires en nombre plus ou moins considérable suivant les cas.

Dans le déciduome atypique, les éléments constituants de la tumeur affectent une disposition bien différente : au lieu de ces masses plasmodiales anastomosées, on ne voit que des cellules isolées ou de petits amas de cellules isolées et des plasmodies disséminées.

Entre ces deux types extrêmes, on a signalé des cas intermédiaires où nous trouvons réunies les deux dispositions précédentes.

Évolution clinique. — Le déciduome malin peut débuter d'une manière tout à fait insidieuse par des symptômes qui font penser à une tout autre localisation qu'une tumeur de la matrice. Ainsi, dans le cas de BUSSE, ce fut une hémiplégie qui ouvrit la scène ; la malade, qui avait avorté six mois auparavant, ne tarda pas à succomber, et, à l'autopsie, on trouva une embolie de l'artère sylvienne gauche. L'examen histologique de ces noyaux secondaires montra qu'il s'agissait bien d'un choriome malin ; mais, fait très important à noter, l'utérus et les annexes de cette femme n'offraient plus aucune trace de processus néoplasique. Une autre malade, celle de DEVIS, succomba après avoir présenté des vomissements incoercibles, des troubles mentaux et une cachexie extrême et inexplicable. A l'autopsie, l'appareil utéro-annexiel fut trouvé indemne ; mais il y avait des métastases pulmonaires.

Ce mode de début sournois est très rare, sinon exceptionnel. Dans la grande majorité des cas, ce sont les métrorragies qui éveillent brusquement l'attention : elles se caractérisent essentiellement par leur profusion et par leur résistance aux traitements usuels; le curettage lui-même se montre le plus souvent impuissant. On ne connaît pas de tumeur utérine pouvant s'accompagner d'hémorragies aussi abondantes et surtout aussi tenaces. Sous l'influence de ces pertes de sang prolongées, la santé générale s'altère rapidement, les malades maigrissent vite et leurs téguments ne tardent pas à prendre une teinte cireuse, qui, pour certains auteurs, serait pathognomonique du déciduome malin.

Dans l'intervalle de ces métrorragies, que leur abondance a fait comparer à celle de l'inertie utérine *postpartum*, les malades ont assez souvent des pertes séreuses, séro-sanguinolentes ou couleur jus de fumier, dont la fétidité est quelquefois extrême.

Enfin, au bout d'un laps de temps, qui n'est jamais considérable, les patientes succombent aux progrès de la cachexie, à la génération viscérale, ou bien elles sont brusquement emportées par une hémorragie foudroyante.

Fait assez surprenant et qui mérite d'être retenu, la douleur locale, si constante dans le cancer vulgaire, fait ici ordinairement défaut, ou bien elle est si peu marquée qu'elle passe au second plan.

Parmi les symptômes moins constants de cette terrible maladie, il faut noter la fièvre, les frissons, les vomissements, la toux, le rejet de crachats purulents ou hémorragiques, les troubles du système nerveux et autres phénomènes liés à la production des foyers métastatiques.

La recherche des signes physiques fournit des renseignements importants. Par la palpation bimanuelle, on trouve l'utérus ordinairement augmenté de volume, mais dans des proportions très variables ; dans certains cas, l'organe est à peine plus gros que normalement ; d'autres fois il simule une grossesse de trois ou quatre mois ; il peut lui arriver d'atteindre le volume d'une tête de fœtus à terme. Sa surface, ordinairement lisse et régulière, peut présenter des inéga-

lités, des bosselures, quelquefois assez marquées. On a même signalé la présence de placards partant du fond de l'organe et se prolongeant latéralement du côté des ligaments larges.

Le toucher vaginal permet de constater que le col est fréquemment ramolli, entr'ouvert, d'où la possibilité d'introduire le doigt dans la cavité utérine et de l'explorer. Très souvent on arrive à sentir une masse molle, spongieuse, friable, donnant la sensation du tissu placentaire. Presque toujours, c'est vers le fond de l'organe, sur l'une des parois, antérieure ou postérieure, que siège le mal ; en dehors du point occupé par le néoplasme, la muqueuse paraît saine, et la consistance des parois utérines est normale, à moins que la tumeur n'ait déjà produit des foyers secondaires dans l'épaisseur du parenchyme.

Le toucher intra-utérin est encore utile parce qu'il fournit l'occasion de prélever avec les doigts un ou plusieurs fragments de tissu pathologique et d'en faire l'examen histologique.

Au nombre des symptômes rares qui peuvent se manifester chez les femmes atteintes de déciduome malin, il faut ajouter la dermatose, connue des spécialistes sous le nom d'*acanthosis nigricans*. Nous ne connaissons qu'un seul exemple de cette affection accompagnant le choriome malin : c'est celui de la malade étudiée par Kleinhans ; l'éruption disparut quatre mois et demi après la guérison.

L'*acanthosis nigricans* a déjà été observé 9 fois chez des porteurs de tumeurs malignes, dont 8 femmes et 1 homme (1 cancer du sein, 3 cancers utérins, 4 cancers de l'estomac, 1 déciduome).

Étiologie. — L'âge n'est pas sans influence sur l'apparition du déciduome malin, en ce sens que le mal se manifeste presque toujours pendant la période de l'activité génitale de la femme, c'est-à-dire entre vingt et quarante ans ; mais c'est entre vingt et trente ans qu'on l'observe avec le plus des fréquence. D'après quelques observations que nous avons pu recueillir, sur 20 malades, 11 étaient âgées de moins de trente ans. Si nous en croyons Durante, dans la moitié des

cas, les patientes avaient de vingt à trente et un ans, et dans un tiers des cas, de trente-deux à quarante-deux ans. La malade de KLEINHANS avait vingt ans ; celle de BAUMGART, vingt-deux ans ; celles de DAVIDSOHN, de SCHMIDT, vingt-trois ans. Les malades les plus âgées étaient celles de MARCHAND (cinquante-deux ans), de EIERMANN (cinquante-deux ans), de MEYER (cinquante-cinq ans). On ne connaît pas d'observation de déciduome après cinquante-cinq ans.

La pluriparité paraît prédisposer à cet accident : la plupart des femmes atteintes de déciduome étaient au moins III ou V pares ; la malade de DEVIS était XIV pare ; celle de BUTZ, X pare ; celle de E. PETIT, IX pare.

L'influence prédisposante d'une môle antérieure sur la genèse du choriome malin n'est plus à démontrer : il nous suffira de citer quelques chiffres intéressants. D'après la statistique de EIERMANN portant sur 35 cas, il y avait eu grossesse molaire dans 18. LADINSKI, qui a réuni 128 observations, a trouvé 51 faits de déciduome consécutifs à une môle, et chez 33 de ces femmes, la môle fut expulsée au quatrième mois ; 41 faits consécutifs à un avortement, 21 à un accouchement normal ; 4 cas consécutifs à des accouchements prématurés, et 3 à des grossesses tubaires.

Rien de plus variable que le laps de temps qui sépare la fin de la grossesse — accouchement, avortement, môle — de l'apparition du déciduome. En général, cet intervalle oscille entre deux et quatre mois. D'après LADINSKI, dans 44 sur 128, la tumeur maligne s'était manifestée huit mois après le rejet de la môle, et dans 40 cas, six semaines après l'avortement et cinq semaines après l'accouchement. En somme, les exceptions à la règle, deux à quatre mois, sont nombreuses. Dans le cas d'AUSTERLITZ, les métrorragies apparurent six mois après la fausse couche ; dans celui de ROSTHORN, trois ans après ; dans celui d'EIERMANN, trois ans et demi après ; KLOTZ parle de deux ans et demi ; KREWER, de trois ans et demi ; BUTZ, de un an ; NOBLE, de vingt mois ; FLEISCHMANN, de deux ans et trois mois ; MELAN, de neuf ans ; SANARCLENS, de dix mois, LETULLE et BONNAIRE, de un mois ; LÖHLEIN, de un an ; TOUPET, de un an ; RESINELLI, de un an et demi ; FRÄNKEL de deux ans, etc. Cependant la

possibilité d'incubations durant plusieurs années a été mise en doute par la plupart des auteurs, et DURANTE nous semble être dans le vrai quand il se demande « si, dans l'intervalle, il n'est pas survenu une grossesse méconnue, ou si un polype placentaire, passé inaperçu, n'a pas longtemps végété d'une façon latente dans la cavité utérine pour ne donner lieu que tardivement à une néoplasie maligne ».

Enfin, il convient d'ajouter que le déciduome peut aussi se développer au cours même de la grossesse.

Pronostic. — Le déciduome est considéré aujourd'hui comme la plus maligne de toutes les tumeurs de l'utérus. Abandonné à son évolution spontanée, il se termine infailliblement par la mort, au bout d'un laps de temps qui varie de quelques semaines à quatre ou six mois, rarement davantage. Exceptionnellement la maladie a pu se prolonger pendant une ou deux années. On a parlé aussi des guérisons spontanées, mais sans en avoir jamais fourni de preuves bien concluantes, du moins à notre connaissance.

Il s'agit donc d'une affection extrêmement grave et contre laquelle l'intervention chirurgicale, même précoce, est rarement efficace.

D'après les recherches de LADINSKI, la mort serait ordinairement due aux métastases viscérales (64 fois sur 100 cas); ce sont ensuite les hémorragies qui tueraient le plus des malades (20 fois sur 100 cas).

Diagnostic. — Toute hémorragie survenant après un accouchement ou un avortement n'est pas nécessairement liée à l'évolution d'un déciduome malin ; dans l'immense majorité des cas même, ces pertes sont dues à la rétention de quelques débris placentaires. En revanche, la présence du choriome malin doit être soupçonnée lorsque les métrorragies affectent une abondance excessive, et surtout lorsqu'on les voit résister aux traitements habituels (dilatation, curettage, lavages intra-utérins, douches vaginales très chaudes, etc.). Dans ces conditions, sans s'arrêter au diagnostic d'endométrite hémorragique, le chirurgien fera bien de recourir d'urgence au curettage et de soumettre à un

examen microscopique minutieux les parcelles de muqueuse et autres débris prélevés dans la cavité de la matrice. Il est bien rare que cette exploration ne dissipe pas tous les doutes. On a bien objecté que le microscope était parfois impuissant à discerner le déciduome de certains sarcomes diffus de la muqueuse. En réalité, la chose importe peu, puisque, dans l'un et l'autre cas, le sacrifice de l'organe malade est formellement indiqué.

Dans les cas de grossesse terminée par l'évacuation d'une môle, c'est encore au curettage explorateur qu'il faut recourir, même si la tumeur molaire a été rendue dans son entier.

Traitement. — Il est préventif, curatif ou palliatif.

Le traitement préventif comprend les soins qu'il faut donner à l'utérus après l'accouchement ou l'avortement, dans le but de prévenir la greffe placentaire et ses conséquences.

Avant tout, il faudra s'assurer que la délivrance a été complète et qu'il ne reste pas dans la cavité de la matrice des débris pouvant servir de point de départ au déciduome. On redoublera de vigilance si la grossesse s'est terminée par l'expulsion d'une môle hydatiforme.

Dans le cas d'avortement simple, le toucher intra-utérin est très utile, et la découverte de quelques restes placentaires doit engager le praticien soit à recourir à un curettage, soit à extraire avec les doigts les débris accrochés à la paroi utérine.

S'agit-il, au contraire, d'une môle ? l'usage de la curette s'impose, mais il faudra procéder avec beaucoup de douceur à cause de l'excessive minceur et de la friabilité des parois. Beaucoup de chirurgiens aiment mieux se servir de leurs doigts pour enlever les tissus suspects. On terminera par une bonne désinfection de la cavité utérine et un tamponnement avec de la gaze stérilisée.

Quelle conduite tenir, si, après extraction de la môle et nettoyage consciencieux de la matrice, on voyait ultérieurement survenir des métrorragies abondantes et opiniâtres ? Sans se laisser leurrer par la possibilité d'une endométrite hémorragique *postpartum*, il faudra agir comme si

l'on se trouvait en présence d'une inoculation déciduale du muscle utérin ; et, alors même que le toucher intra-utérin serait négatif, alors même que l'examen biopsique serait douteux ou muet, il sera prudent de pratiquer sans retard l'ablation complète de l'organe suspect.

Le traitement curatif consiste dans l'ablation précoce et radicale de la matrice. C'est dans cette suppression que réside la seule chance de salut. Mais la condition essentielle du succès, c'est d'intervenir de bonne heure, c'est-à-dire avant que le néoplasme n'ait envahi les tissus péri-utérins et surtout avant l'établissement des métastases.

Jusqu'à présent, c'est presque toujours à l'hystérectomie vaginale que les chirurgiens se sont adressés ; mais l'hystérectomie abdominale peut avoir aussi ses indications, par exemple, lorsque l'utérus est trop volumineux — ce qui est assez rare — ou que l'on soupçonne l'infiltration étendue des annexes. Pratiquées de bonne heure, ces opérations sont peu meurtrières et d'une exécution relativement facile.

Quels sont les résultats éloignés de l'exérèse ? Y a-t-il des exemples de survie très prolongée ?

Eiermann, qui a réuni 30 observations de déciduome traités par l'ablation de la matrice, mentionne les résultats suivants : En ce qui concerne d'abord la mortalité immédiate, post-opératoire, il note 3 décès sur 30 cas, soit 10 0/0 de léthalité. La proportion n'est donc pas considérable. Des 27 femmes qui ont survécu à l'opération, 11 sont exemptes de récidive : 1 depuis trois ans, 1 depuis deux ans et neuf mois, 1 depuis deux ans et huit mois, 1 depuis deux ans et quatre mois, 1 depuis deux ans et deux mois, 1 depuis deux ans, 2 depuis un an et demi, 4 depuis un an.

Ladinsky a publié une statistique de 124 observations où il est question de 51 guérisons et de 73 morts.

Kleinhans cite le cas d'une jeune femme de vingt ans qui paraît guérie depuis deux ans. Blumreich parle d'une malade simplement curettée et qui n'a pas eu de récidive depuis douze mois. Haultain signale une autre curettée sans repullulation depuis huit mois. Une femme hystérectomisée par Noble n'a pas récidivé depuis quinze mois. Fleischmann rapporte la curieuse histoire d'une malade

chez laquelle il pratiqua l'excision d'un noyau vaginal et le curettage de la cavité utérine ; au cours de l'opération, l'auteur s'aperçoit que l'organe a été perforé par la curette ; il se contente de tamponner la cavité utérine et la malade guérit ; pas de récidive depuis dix mois. FREUND cite le cas d'une opérée guérie depuis vingt mois ; OTTO DE FRANQUÉ signale 2 observations intéressantes. L'une concerne une femme hystérectomisée et guérie depuis neuf mois ; l'autre, une malade qui a subi deux curettages et qui, depuis cinq ans, n'a pas vu survenir de repullulation. Enfin, HAULTAIN parle d'une hystérectomie datant de 1898, et ZONDEK d'une survie de six ans, après colpo-hystérectomie, sans trace de récidive.

Toutes les fois que les lésions sont trop étendues pour qu'on puisse compter sur une ablation efficace, ou bien lorsqu'il existe des métastases viscérales indéniables, c'est au traitement palliatif qu'il faudra s'adresser.

Chez ces malades, la première indication à remplir sera de combattre les pertes de sang. Ici, le curettage est moins recommandable que dans le cancer vulgaire, à cause de la friabilité des parois utérines ; on peut en dire autant de la plupart des agents caustiques, tels que le chlorure de zinc, l'acide chromique, etc. Le thermo et le galvanocautère ne sont pas moins dangereux. La seule ressource réside dans l'emploi des antiseptiques en injections répétées plusieurs fois par jour. Le tamponnement de la cavité utérine et du vagin, au moyen de lanières iodoformées, peut rendre des services.

La médication tonique est conseillée par la plupart des auteurs, et les injections hypodermiques de morphine constituent la suprême ressource contre les phénomènes douloureux, qui, chez ces malades, sont ordinairement plus tardifs et moins accusés que dans l'épithélioma ordinaire.

MOLE HYDATIFORME

Définition et étiologie. — La môle hydatiforme est un néoplasme d'origine placentaire, qui, sous l'influence de

facteurs complètement inconnus, peut se transformer en déciduome malin.

Nous ne savons absolument rien des causes qui président à son développement. Les uns admettent qu'elle est la conséquence d'une lésion primitive de l'œuf, ce qui n'explique rien ; d'autres, qu'elle succède à une maladie des ovaires ; quelques-uns pensent, avec VIRCHOW, que l'endométrite jouerait le rôle de cause prédisposante, ce qui n'a jamais été démontré. STEINBERGER suppose que les excès vénériens ne doivent pas être étrangers à la formation des vésicules ; GOTTSCHALK incrimine l'absence de vaisseaux dans les villosités et une certaine disproportion entre le volume des enveloppes de l'œuf et celui de l'embryon. M. HECKER a accusé l'absence primitive de l'allantoïde ; RUYSCH, la mort du fœtus, etc., etc.

C'est une maladie peu fréquente : on l'observerait dans la proportion de 3 à 5 cas sur 4.000 accouchements.

D'après HIRTZMANN, KEHRER, la môle serait plus fréquente chez les femmes âgées ou près de la ménopause, tandis que RIECK soutient qu'elle est l'apanage des femmes jeunes.

La multiparité semble y prédisposer. Cependant un des 3 cas que nous avons eu l'occasion d'étudier se rapportait à une primipare de vingt-deux ans.

La môle a été observée plusieurs fois chez la même femme, témoin le cas rapporté par WARMANN et relatif à une femme de vingt-deux ans qui avait eu deux grossesses molaires.

L'influence de l'hérédité a été signalée par BOIVIN : est-elle réelle ?

Pathogénie. — Pendant longtemps, et jusqu'à ces dernières années, on admettait généralement, et sur la foi des idées formulées par VIRCHOW, que la môle vésiculeuse était le résultat d'une *dégénérescence myxomateuse du chorion.* C'était aussi l'opinion défendue par MM. CORNIL et RANVIER, qui considéraient la môle comme une néoplasie conjonctive, comme un *véritable myxome des villosités choriales.*

Aujourd'hui, les idées se sont modifiées : la plupart des

auteurs tendent à admettre la doctrine entrevue par L. FRÄNKEL, puis énergiquement défendue par MARCHAND (de Marbourg), à savoir que la môle est une *formation épithéliale, caractérisée par une prolifération excessive des deux couches de l'épithélium de revêtement des villosités choriales.*

Quant au point de départ du syncytium et de la couche de LANGHANS, nous avons vu, en étudiant le déciduome malin, qu'ils ont une origine commune, qu'ils ne sont que des modalités différentes d'un même élément.

Quelles sont les destinées de la môle hydatiforme? « Quoiqu'elles soient généralement bénignes, dit M. DURANTE, dans leur évolution histologique, se bornant à végéter sur place dans la cavité utérine par simple dégénérescence des villosités préexistantes, on connaît cependant des môles plus complexes. Des débris de placenta[1] retenus peuvent végéter sous la forme myxomateuse; les môles récidivées signalées par VOLKMANN, JAROSKI, WALDEYER, KRIEGER, etc , sont des exemples d'une forme déjà plus maligne qui tient le milieu, comme gravité, entre la môle ordinaire et le déciduome malin. » Nous savons, grâce aux faits rapportés par APFELSTEDT, ASCHOFF, NEUMANN, PINARD, qu'il y a des môles malignes, qui évoluent comme de véritables cancers. M. PINARD distingue trois stades successifs : « 1° envahissement de la caduque épaissie par un processus de défense ; 2° envahissement et perforation possible de l'utérus ; 3° envahissement de l'organisme par les veines, soit sous la forme de vésicules, soit plutôt sous la forme de déciduome malin. La môle vésiculeuse se révèle encore comme une tumeur maligne par l'intensité des phénomènes d'auto-

1. Les *polypes placentaires destructifs* sont formés de villosités complètes, presque normales, mais ils se distinguent des *polypes placentaires simples* par leur tendance à pousser des prolongements dans l'épaisseur de la paroi utérine au lieu de se borner à végéter dans la cavité de la matrice. Ces polypes destructifs peuvent être regardés comme une forme de passage entre le polype ordinaire placentaire et le déciduome, et sont, à l'égard de ce dernier, ce que l'adénome est au cancer ; ils se transforment en *épithélioma ectoplacentaire* lorsque l'élément épithélial qu'ils renferment (débris syncytiaux) prenant définitivement le dessus, se met à proliférer, laissant en seconde place les éléments mésodermiques qui l'avaient accompagné jusque-là (DURANTE).

intoxication qu'elle provoque. Souvent cette intoxication atteint profondément le système nerveux (paralysie de l'utérus). La toxhémie jointe aux hémorragies qui surviennent à toutes les périodes, plonge l'organisme dans un état de marasme absolument comparable à la cachexie cancéreuse. »

Anatomie pathologique. — La môle hydatiforme représente assez bien l'aspect d'une grappe de raisin. C'est une masse plus ou moins volumineuse, formée par l'agglomération de vésicules brillantes, jaunâtres ou rosées, reliées entre elles par un mince pédicule.

On distingue ordinairement trois variétés de môles : la *môle pleine* ou *charnue*, la *môle creuse*, la *môle embryonnée*.

La môle pleine se caractérise par la dégénérescence complète de l'œuf, elle ne renferme aucun vestige d'embryon ; la môle creuse se distingue par la présence d'une poche amniotique pleine d'un liquide gélatineux ; elle est également dépourvue d'embryon. Quant à la môle embryonnée, on y trouve une poche amniotique qui renferme un fœtus plus ou moins avancé dans son développement.

Souvent la môle est expulsée complètement enveloppée par la caduque hypertrophiée, ou bien celle-ci est en partie détruite et la tumeur se trouve en contact immédiat avec la paroi utérine. Il peut arriver aussi que la môle se développe dans l'épaisseur du muscle utérin : on dit alors qu'il y a *môle interstitielle*, forme exceptionnelle. Mais ce qui est moins rare, c'est de voir des vésicules isolées ou par petits groupes dissocier les fibres musculaires, pénétrer en pleine paroi utérine, se glisser jusque sous le péritoine ou même arriver dans l'intérieur de la cavité abdominale. Cette migration des vésicules molaires a été observée par plusieurs auteurs, notamment par SCHAUTA, par ASCHOFF, par VOLKMANN ; OUVRY en parle aussi dans sa thèse de 1898.

Le volume des vésicules varie de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un œuf de pigeon ; elles contiennent un liquide transparent, filant, jaunâtre ou clair comme de l'eau, très riche en mucine et en albumine. Leur forme est aussi très variable ; les unes sont régulièrement arrondies ;

les autres, allongées, fusiformes ; il en est même d'étoilées.

Pour comprendre la structure histologique de ces vésicules, il est bon de retracer brièvement celle des villosités choriales normales. Sur une coupe de placenta à terme, on constate que chaque villosité est constituée par une charpente conjonctive recouverte d'un épithélium. La charpente conjonctive comprend une trame de fibrilles parsemée de cellules allongées, étoilées, irriguée par des vaisseaux de très petit calibre. Quant à l'épithélium de revêtement, il se compose de deux assises distinctes : 1° une couche homogène d'un protoplasma granuleux, sans limites cellulaires appréciables, parsemé de noyaux ; cette première couche s'appelle le *syncytium*; 2° au-dessous de ce syncytium, on aperçoit des cellules assez grandes, polyédriques, nettement dessinées ; c'est *la couche des cellules de* LANGHANS.

Voici maintenant la structure de la paroi vésiculaire, d'après M. DURANTE, qui a emprunté cette description à MM. FRÄNKEL et O. DE FRANQUÉ. « Le début de la dégénérescence myxomateuse des villosités est marquée, d'après ces deux auteurs, par un gonflement des cellules de la couche de LANGHANS et une infiltration considérable, par la mucine, du stroma dans lequel les capillaires fœtaux dégénérés ne tardent pas à disparaître. Puis la couche de LANGHANS prolifère ; ses cellules, nettement limitées, deviennent volumineuses, succulentes, claires, arrondies, polygonales, se multiplient par karyokinèse, s'étagent sur plusieurs rangs et forment, par places, des élevures qui soulèvent ou rompent le revêtement syncytial et peuvent même se détacher de la villosité qui leur a donné naissance. On rencontre souvent dans ces cellules des gouttelettes de mucine. Le syncytium, cependant, ne demeure pas indemne, mais s'épaissit ; tantôt il constitue une bordure compacte qui entoure plus ou moins complètement les végétations de la couche de LANGHANS ; tantôt il se transforme en une masse spongieuse dont les aréoles sont d'autant plus nombreuses qu'elles sont plus rapprochées de la villosité, contiennent parfois des amas de cellules de LANGHANS, mais plus généralement de la mucine. Le contenu de la vésicule est composé de tissu muqueux où tout vestige de capillaire fœtal a disparu. On y retrouve

souvent aussi, soit sur les bords de la vésicule, soit noyés dans le tissu muqueux, de gros éléments à un ou deux noyaux, qui représentent, pour FRANQUÉ, des cellules de LANGHANS modifiées. »

En résumé, on voit que la paroi de la vésicule est constituée : 1° par un *stroma conjonctif* (tissu conjonctif lâche, semé de cellules conjonctives, étoilées) ; 2° par un revêtement épithélial, en état de prolifération très active, composé lui-même de : α) *plusieurs assises de cellules de* LANGHANS ; β) du *syncytium ;* celui-ci offre des signes d'une prolifération excessive et émet à la périphérie des *masses plasmodiales* multinucléées, qui jouent un rôle important au point de vue pathogénique, comme nous le verrons plus loin.

Symptômes. — Il est impossible de surprendre la maladie à son début, et nous ne connaissons aucun signe qui permette de prévoir que telle grossesse aboutira à l'expulsion d'une môle vésiculeuse. C'est vers la fin ou même au courant du troisième mois qu'éclatent les métrorragies, de la manière la plus inattendue et sans qu'on puisse invoquer aucune cause, aucun écart de la part de la malade.

Ce qui caractérise ces hémorragies, c'est leur opiniâtreté. Au début, elles peuvent n'être pas très abondantes et alterner avec des pertes d'eau roussâtre ; mais elles résistent à tous les traitements connus.

Ce qui frappe aussi l'attention, c'est le rapide développement du ventre, et surtout la disproportion qui existe entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse : on a vu des femmes enceintes de quatre ou cinq mois offrir le tableau clinique de la grossesse à terme ou peu s'en faut.

L'examen local fournit des renseignements assez confus ; cependant il convient de faire remarquer que les bruits du cœur sont absents et qu'il est impossible de percevoir les parties fœtales, excepté s'il s'agit d'une môle embryonnée. Le toucher intra-utérin serait d'un précieux secours, si le col n'était pas habituellement fermé ou insuffisamment perméable pour laisser passer plus d'un doigt.

L'état général est assez souvent conservé ; toutefois, il est plus fréquent de voir les femmes amaigries, faibles, abattues

— et cela même si les pertes de sang ne sont pas très considérables ; — certaines malades ont des nausées et des vomissements persistants ; on a même constaté que l'albuminurie n'était pas un accident rare.

En général la môle est expulsée avant le quatrième mois ; cette expulsion s'accompagne de métrorragies terribles, capables, parfois, de tuer la malade sur le coup ; les douleurs, les coliques utérines existent presque dans tous les cas ; mais la dilatation de l'orifice utérin est plus lente, plus difficile, moins complète ; elle s'accompagne souvent de nausées et de vomissements.

L'expulsion de la tumeur se fait en une ou plusieurs fois ; souvent la môle est évacuée en bloc, c'est même le cas le plus fréquent ; d'autres fois l'élimination a lieu par fragments ; les vésicules se détachent peu à peu par petites grappes, et cela peut durer des semaines, des mois ; pendant ce temps, la malade continue de perdre du sang, ce qui achève de l'épuiser ; ou bien, sous l'influence de microorganismes venus du dehors, le contenu de l'utérus s'infecte, la fièvre s'allume, et, si l'on n'intervient pas promptement, la patiente succombe au milieu de phénomènes septico-pyohémiques.

Diagnostic. — Il est très difficile, presque toujours impossible avant l'expulsion des vésicules ; en présence de ces métrorrhagies inopinées, c'est à une fausse couche qu'on pensera immanquablement.

« Le diagnostic ne pourra guère être affirmé, disent MM. R. Dessaignes et Lepage, que lorsqu'on aura constaté la présence de vésicules ; il sera seulement probable lorsque chez une femme habituellement bien réglée, des hémorragies à répétition surviennent en même temps qu'on constate que l'utérus présente un volume hors de proportion avec l'âge de la grossesse. »

Si la femme ignore qu'elle est enceinte, le diagnostic n'est jamais possible.

Pronostic. — La maladie peut aboutir à l'expulsion de la môle, sans incidents graves, et se terminer par la guérison

pure et simple. Il n'en est pas moins vrai que le médecin fera bien d'être toujours fort réservé dans son pronostic. Nous avons vu, en effet, que le déciduome n'est pas la seule complication que nous ayons à redouter. Les recherches de ces dernières années nous ont appris à compter aussi avec des *métastases d'origine franchement molaire*. Enfin, il ne faudrait pas oublier que la mort par hémorragie incoercible a été signalée dans plusieurs cas.

Conclusion : le pronostic de la môle hydatiforme est toujours sérieux.

Traitement. — « Si la môle est diagnostiquée avant son expulsion, on devra immédiatement interrompre le cours de la grossesse. » (Pozzi.)

Après l'expulsion de la tumeur, il faut toujours pratiquer le toucher intra-utérin pour s'assurer de la vacuité complète de la cavité de la matrice. S'il y a rétention de quelques vésicules, le curettage immédiat s'impose d'une manière formelle. S'il y avait lieu de croire à l'existence de vésicules intra-pariétales (*môle interstitielle*), l'hystérectomie vaginale paraît tout à fait indiquée.

Dans le cas d'expulsion spontanée complète ou d'extraction par la curette, il est sage de soumettre la malade à une surveillance très sérieuse dans le but de prévenir la greffe des vésicules qui auraient échappé à la curette ou aux doigts du chirurgien.

Contre l'anémie grave consécutive aux hémorragies profuses, les injections hypodermiques ou intra-veineuses de sérum physiologique sont très utiles. On ne manquera pas non plus de prescrire des irrigations antiseptiques vaginales et intra-utérines à la moindre élévation de température.

Bibliographie. — MOLE ET DÉCIDUOME. — HARTMANN et TONPET. Retention du placenta (*Ann. de Gyn.*, 1895). — ESTÉOULE. Polypes placentaires (*Thèse de Paris*, 1905). — NOVÉ-JOSSERAND. Décid. malin (*Ann. de gyn.*, 1894). — MARCHAND (*Centralb. f. Gyn.*, 1898). — DURANTE. Décid. malin (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1896). — BONNAIRE et LETULLE (*Revue de Gyn.*, 1901). — APPELSTEDT et ASCHOFF (*Arch. f. Gyn.*, 1896). — HERMANN. Du choriome malin (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1911).

TUMEURS RARES DE L'UTÉRUS

(Léiomyome, Lipo-myo-sarcome, Épidermoïde, etc.)

On trouve, dans la littérature médicale, des exemples de types néoplasiques beaucoup plus rares que les fibromes, sarcomes, carcinomes, etc., que nous venons d'étudier. Ces tumeurs n'ont aucun intérêt pratique ; nous nous contenterons de les signaler.

Ainsi, en 1910, Herb (de Chicago) a publié un cas de tumeur mixte, siégeant près du fond de l'utérus et caractérisée par une infiltration diffuse de tissu sarcomateux parsemé de fibres striées atypiques et embryonnaires. Cette tumeur fut enlevée par hystérectomie subtotale chez une femme de cinquante-cinq ans, atteinte de métrorragies alternant avec des pertes hydrorrhéiques. Au bout de six mois survint une récidive qui emporta la malade.

D'après Herb, il s'agirait d'un type néoplasique extrêmement rare, dont on ne connaîtrait que 8 exemples authentiques.

Sitzenfrey (de Giessen) a signalé, en 1910, deux variétés néoplasiques fort rares : 1° un cas de *lipo-myo-sarcome* de la paroi antérieure de la matrice chez une femme de soixante-deux ans ; 2° un *néoplasme épidermoïde*, constitué par un enchevêtrement de tissu conjonctif et de tissu épidermique à contenu granuleux ressemblant beaucoup au contenu des kystes dermoïdes.

Léiomyome malin. — C'est une tumeur fibro-myomateuse caractérisée par ce fait qu'en certains points on trouve des fibres lisses qui semblent évoluer vers une forme atypique au gros noyau en division directe ; en colorant la préparation par le réactif de Mallory, on découvre des *myo-fibrilles* autour des *cellules atypiques*.

Le diagnostic clinique est naturellement impossible : en effet, rien ne permet de distinguer ce type néoplasique d'un corps fibreux banal. Le pronostic est des plus sombres.

En définitive, les léiomyomes sont des tumeurs rares et encore imparfaitement connues. (Pour les détails de la structure histologique, consulter MEYER (*Surgery. Gyn. and Obst.*, 1909); VIOLET et ALAMARTINE (*Lyon médical*. 1909) ; BALLIN et VAUGHAN (*New York med. Journal*, 1910).

COEXISTENCE DE NÉOPLASMES MULTIPLES

Depuis quelques années on trouve dans la littérature médicale un nombre relativement élevé d'observations concernant cette particularité : ainsi on a rapporté des exemples de malades porteuses de fibromes utérins et de kystes de l'ovaire, de tumeurs solides de l'ovaire et de cancer du col, etc.

Du reste, nous savons que RICHELOT a, depuis longtemps, attiré l'attention des cliniciens sur la coexistence assez fréquente du cancer du col et du fibro-myome dans le même utérus ; il a même été jusqu'à dire — et nous sommes pleinement d'accord avec lui — que l'utérus fibromateux fabrique volontiers du cancer ; et, à son avis, il ne s'agirait pas là d'une simple coïncidence, d'un accident fortuit ; il pense, au contraire, que les arthritiques nerveuses, les femmes prédisposées à la sclérose de la matrice constituent un excellent terrain pour le développement simultané ou non de l'épithélioma et du corps fibreux (Pour les détails, voy. à l'article FIBROME et à l'article SCLÉROSE).

Mais le cancer et le fibrome ne sont pas les seuls processus dont on ait signalé la coexistence chez la même malade. MONSIORSKY vient de publier un mémoire où il a réuni des observations fort curieuses relatives à des femmes atteintes simultanément : de fibrome utérin et de kyste mucoïde de l'ovaire ; de kystes ovariens et para-ovariens, de sarcome ovarique et de fibrome de la matrice ; de kyste dermoïde de l'ovaire et de myome utérin ; de cancer du col et de fibro-sarcome du corps, de cancer cervical, de fibrome du corps et de kyste ovarique, de sarcome utérin et de kyste dermoïde en voie de dégénérescence, etc.

Mais, de toutes ces évolutions simultanées, la plus fréquente jusqu'à nouvel ordre est celle du cancer cervical et du fibromyome utérin ; chez les femmes qui ne sont plus très jeunes, la coexistence de ces deux processus est presque la règle ; mais il convient d'ajouter que, dans bien des cas, l'élément fibromateux est représenté par quelques noyaux parenchymateux logés dans une matrice à peine augmentée de volume.

GREFFES NÉOPLASIQUES SUR LES CICATRICES DE LAPAROTOMIE

Il est arrivé à tous les chirurgiens de découvrir, au niveau des cicatrices abdominales de femmes laparotomisées, des nodules néoplasiques, véritables greffes provenant de tumeurs pelviennes opérées quelques mois ou quelques années auparavant.

La plupart de ces greffes émanent de tumeurs de mauvaise nature et leur signification pronostique est des plus fâcheuses (cancers utérins et surtout kystes malins de l'ovaire).

Pourtant on a rapporté des exemples de greffes provenant de néoplasies bénignes : entre autres exemples nous citerons le cas relaté par VIOLET et SANTY (de Lyon), en 1912. Il concerne une femme de trente-deux ans, opérée deux fois pour des kystes ovariens et une troisième fois pour un pseudomyxome du péritoine. On trouva, dans sa cicatrice pariétale, un noyau gros comme une noisette contenant une matière demi-fluide en tout comparable au contenu de ses anciens kystes.

D'autres auteurs ont publié des exemples de nodules kystiques multiples ; mais on a observé également des cas caractérisés par la présence de nodosités très volumineuses. Cependant après avoir évolué comme des productions bénignes, ces greffes peuvent se transformer tout comme les néoplasmes primitifs dont elles émanent. BERTINS, CERNÉ,

Pollosson en ont signalé des exemples incontestables ; et Albertin a montré que les nodules greffés provenant de kystes gélatineux ne sont pas tous inoffensifs. Et pour terminer, citons le cas rapporté par Laroyenne et Rouget : il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui fut opérée pour un kyste de l'ovaire. Quelques années après, elle présenta, dans sa cicatrice, un nodule qui finit par atteindre la grosseur d'une noix. A l'âge de soixante-huit ans, elle fut prise de troubles abdomino-pelviens pour lesquels on dut l'opérer ; à cette occasion, on fit l'excision du nodule cicatriciel ; en l'examinant, on trouva qu'il contenait une matière semblable au contenu des kystes mucoïdes ordinaires.

DE LA TORSION AXIALE DE L'UTÉRUS[1]

Historique. — Nous ne décrirons que la torsion subie par l'utérus *sur son propre axe*, torsion à la suite de laquelle la face antérieure de l'organe tend à devenir postérieure, son bord droit à prendre la place du bord gauche, et réciproquement, suivant le sens dans lequel s'effectue la rotation. Cet accident diffère donc complètement de ce que l'on a depuis longtemps décrit de la *torsion des corps fibreux pédiculés*, car dans ce dernier cas l'axe de l'utérus ne subit aucun changement, ni au niveau du col, ni au niveau du corps : il s'agit de la torsion du pédicule qui relie un fibro-myome sous-péritonéal à la matrice.

La torsion axiale de l'utérus (*Achsendrehung des uterus durch Geschwülste* des auteurs allemands) n'est assez bien connue que depuis la publication du mémoire de Schultze paru en 1898. Dans ce travail, l'auteur passe en revue 27 observations de *torsion axiale* consignées dans la littérature médicale, auxquelles il ajoute 6 nouveaux cas inédits.

1. Cet article est le résumé d'un mémoire publié par nous. Voyez : Barozzi. *La Gynécologie*, 1904, n° 6, p. 481 (O. Doin, édit., Paris.)

Le premier cas authentique de torsion axiale aurait été observé par VIRCHOW, qui le publia en 1863. Sa malade, une vierge de soixante-deux ans, était atteinte d'un corps fibreux depuis une vingtaine d'années. Elle succomba accidentellement à une pneumonie probablement tuberculeuse. A l'autopsie, on trouva l'utérus considérablement allongé, étiré et formant une sorte de pédicule sous-jacent à un gros myome sous-péritonéal implanté sur le fond de l'organe.

La deuxième observation connue est due à KÜSTNER, qui l'avait communiquée à la *Société de Gynécologie* de Berlin en 1872. Viennent ensuite les faits étudiés par SCHROEDER, PICK, SKUTSCH, FREUND, etc.

L'année même de la publication de ce travail, parurent sept autres communications relatives à des cas de torsion axiale.; ce sont celles de KREUTZMANN, de FROMMEL et de IOHANNOWSKY.

La malade de KREUTZMANN était âgée de trente-six ans, mariée depuis vingt ans, mais stérile. Depuis un an, augmentation progressive du volume du ventre, douleurs, etc. On porta le diagnostic de kyste ovarien et une intervention fut décidée. La laparotomie fit découvrir un volumineux kyste de l'ovaire gauche qui avait provoqué la torsion axiale de la matrice. Ovariectomie et hystérectomie totale suivies de guérison.

Des deux malades soignées par FROMMEL, la première était une nullipare de quarante ans ; depuis onze ans, elle souffrait de douleurs abdominales ; recrudescence des symptômes depuis quelques mois. Le ventre ouvert, on tomba sur un énorme néoplasme fibro-kystique. Au-dessous de cette masse, l'utérus avait subi une torsion autour de son axe, de telle sorte que l'ovaire gauche regardait en avant, et l'ovaire droit en arrière. Guérison après l'hystérectomie supra-vaginale.

L'autre opérée de FROMMEL avait trente-deux ans ; jamais de grossesse ; douleurs et malaises depuis deux ans. Laparotomie : on trouve un fibrome sous-péritonéal pédiculé, et, en même temps, une torsion axiale de la matrice : l'ovaire gauche était tourné à droite et en arrière, le droit à gauche et en avant. Hystérectomie abdominale et guérison.

Voici, maintenant, le résumé des quatre observations de Iohannowsky : 1° Femme de cinquante ans, multipare ; torsion axiale due à un myome interstitiel et correspondant à l'union du col et du corps de l'organe ; 2° femme de quarante-cinq ans, I pare, myome sous-séreux, et torsion de 90° ; les annexes se trouvent tournées en avant et en arrière ; guérison après hystérectomie par le procédé de Chrobak ; 3° femme de trente-six ans, II pare ; parois abdominales exceptionnellement flasques ; torsion axiale de 90° provoquée par un kyste de l'ovaire gauche, dont le pédicule est lui-même tordu deux fois sur son axe ; 4° femme de trente-neuf ans, III pare ; myome volumineux ayant déterminé une torsion de 90° à droite et en arrière. Hystérectomie suivie de guérison.

En 1899, on trouve dans la littérature médicale 5 nouveaux exemples de cet accident et dont les auteurs sont Ehrendorfer, Micholitsch, Holowko, Reinprecht et Winter.

La malade opérée par Ehrendorfer était une nullipare de trente-six ans. Troubles de la miction et de la défécation ; douleurs lombo-abdominales. Depuis six mois, augmentation rapide du volume du ventre, difficulté de la défécation beaucoup plus marquée. Laparotomie : gros fibro-myome implanté à l'union du bord gauche et de la face postérieure de la matrice ; le corps utérin était tordu sur lui-même de 90°. Hystérectomie et guérison.

L'observation rapportée par Micholitsch concerne une femme de cinquante-six ans, atteinte d'une volumineuse tumeur abdominale accompagnée de troubles très sérieux. La laparotomie révéla la présence d'un corps fibreux plus gros qu'une tête d'adulte, sous-séreux et pédiculé ; il y avait en même temps torsion axiale de plus de 180°, ayant déterminé un véritable étranglement de l'organe. Hystérectomie et guérison.

La malade de Holowko était âgée de trente ans ; un avortement, puis un accouchement très laborieux deux ans auparavant. Depuis cette époque, crises douloureuses dans la région hypogastrique. Quelques jours avant d'être opérée, aggravation des symptômes, fièvre, abattement, etc. On fit

la laparotomie qui montra la présence d'une torsion axiale causée par un très gros fibrome kystique du fond. Hystérectomie suivie de guérison.

Dans le cas relaté par WINTER, il s'agit d'une nullipare de quarante-quatre ans, qui, depuis deux ans, voyait son ventre grossir en même temps qu'elle avait des troubles de la miction. Par la laparotomie on trouva un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. L'utérus était petit, mou et tordu sur son axe de 90°. Suites immédiates bonnes, puis mort inexpliquée, même à l'autopsie.

Dans celui de REINPRECHT, la tumeur utérine était compliquée d'une grossesse de plusieurs mois. A un moment donné, la malade fut prise de douleurs abdominales intolérables, accompagnées de vomissements, etc. On se décida à pratiquer une césarienne, qui fut suivie d'une hystérectomie. Enfant vivant, pesant 2.320 grammes. La paroi utérine était criblée de petits myomes ; mais il y en avait un, beaucoup plus volumineux, qui était relié par un pédicule à la partie supérieure de la paroi postérieure de l'utérus. Celui-ci était tordu sur son axe.

En 1900, WŒRTZ publia une observation concernant une fille de dix-neuf ans, qui fut subitement prise de coliques atroces, avec météorisme, fièvre, etc. On porta le diagnostic de tumeur liquide de l'ovaire avec torsion du pédicule ovarique. L'ouverture du ventre montra qu'il s'agissait effectivement d'un kyste ovarien dont le pédicule était tordu deux fois et demie sur lui-même ; mais il y avait, en outre, torsion axiale de la matrice de 180°. L'ablation du néoplasme ovarien amena la réduction de la torsion utérine.

L'année suivante, SEMMELINK fit connaître l'observation d'une femme de quarante ans, qui fut opérée pour des crises douloureuses hypogastriques persistant depuis près de trois semaines. Laparotomie : corps fibreux sous-séreux ayant déterminé une torsion axiale de 180° ; le col et le corps de la matrice ne tenaient plus l'un à l'autre que par une bande de tissu très mince.

En 1902, 2 observations intéressantes ont été communiquées par M. RICARD et par STRATZ.

Dans le cas de M. RICARD, l'utérus était pour ainsi dire

complètement séparé du col au niveau de l'insertion vaginale, et il n'y tenait plus que par un mince cordon formé des seuls feuillets péritonéaux tordus sur eux-mêmes. Guérison.

Dans celui de STRATZ, il s'agit d'une vierge de cinquante-sept ans atteinte depuis un an d'un corps fibreux, et qui fut soudainement prise de douleurs hypogastriques intenses, avec météorisme et tendance au collapsus, etc. La laparotomie révéla l'existence d'une torsion axiale très serrée, au niveau de l'orifice interne ; l'accident était dû à un myome implanté sur le fond de la matrice par un large pédicule. Hystérectomie suivie de guérison.

Enfin, le cas le plus récent de torsion axiale a été communiqué par M. FAURE à la *Société de Chirurgie* de Paris en 1903 Il s'agissait d'un volumineux corps fibreux utérin pesant 11 kilogrammes et ayant donné lieu à une torsion très serrée au niveau de l'isthme.

Tels sont les faits que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale de ces dernières années. Il n'existe donc, en tout, qu'une cinquantaine d'observations authentiques de cette grave complication du fibro-myome utérin.

Étiologie et pathogénie. — La torsion utérine est un accident qui paraît menacer surtout l'âge adulte et l'âge mûr ; ainsi, des 36 observations où l'âge de la malade se trouve indiqué, 22 se rapportent à des femmes de trente-huit à cinquante-huit ans ; 7 autres faits concernent des personnes âgées de trente à trente-six ans. Cependant les femmes beaucoup plus jeunes ne semblent pas être à l'abri de cette complication : deux des malades de SCHULTZE avaient vingt-sept et vingt-cinq ans ; une malade de LÖHLEIN avait aussi vingt-cinq ans ; celle de FREUND n'était

1. A tous ces exemples je dois ajouter un cas personnel concernant une multipare de 61 ans, porteuse d'un utérus fibromateux gros comme une tête d'enfant ; la torsion s'était produite au dépens du segment inférieur considérablement aminci et étiré. Les troubles fonctionnels consistaient en douleurs violentes survenant par accès et accompagnés de nausées, vomissements, tendances syncopales. L'ouverture du ventre permit de rapporter ces accidents à leur véritable cause.

âgée que de vingt et un ans, et celle de WŒRTZ n'en avait que dix-neuf. Enfin des exemples de torsion axiale ont été signalés à un âge assez avancé : l'observation publiée par KÜSTNER se rapporte à une femme de soixante ans ; celle de VIRCHOW, à une patiente de soixante-deux ans.

Il était généralement admis jusqu'à présent que la grossesse et surtout la multiparité jouaient le rôle d'une cause prédisposante capitale, sinon absolument nécessaire, et l'on essayait d'expliquer le mécanisme de la torsion en invoquant l'excessive laxité des parois abdominales créée par la gravidité, laxité permettant à l'utérus hypertrophié de se déplacer facilement à l'occasion de certains mouvements brusques et de certaines attitudes prises par les malades. Pour démontrer l'influence de ce relâchement, divers auteurs allemands ont hasardé des théories confuses, que nous nous garderons bien de reproduire ici, car elles ne reposent sur aucune donnée positive.

Si nous nous rapportons tout simplement aux faits observés, nous sommes forcés de reconnaître que le rôle de la grossesse a été considérablement exagéré. Ainsi, sur 34 observations dans lesquelles le passé puerpéral des malades est indiqué, 10 concernent des vierges, 6 des nullipares, 18 des femmes ayant eu 1 ou plusieurs enfants (5 I pares, 3 II pares, 4 III pares, 2 IV pares, 2 V pares, 1 seule VI pare, 1 seule VII pare). On voit donc, par cette énumération, que la fréquence de la torsion n'est pas en raison directe du nombre des grossesses subies par les malades, puisque nous trouvons 10 vierges, 6 nullipares, une seule VI pare et une seule VII pare.

A-t-on le droit d'en conclure que la grossesse est sans influence sur la genèse des accidents ? Nous ne le croyons pas. La grossesse joue assurément un rôle, non seulement en affaiblissant la tonicité des parois abdominales, mais encore en rendant le tissu utérin plus malléable, plus ductile, état qui favorise certainement l'action de la cause déterminante.

Le facteur principal, on pourrait même dire capital, dans la genèse de la torsion, *c'est la présence d'un néoplasme*. Le volume, la forme de ce néoplasme, son point d'implantation

sur la matrice ne sont pas non plus indifférents : en effet, dans la presque totalité des cas étudiés, il s'agit de corps fibreux voisins du fond de l'organe, et qui, au fur et à mesure de leur accroissement, ont une tendance à monter dans l'abdomen en étirant, et, pour ainsi dire, en pédiculisant la partie sous-jacente de l'utérus, qui, elle, est indemne de tout processus néoplasique. Donc pas de torsion axiale possible sans tumeur préexistante.

Mais il n'y a pas que les tumeurs utérines qui soient capables d'amener la torsion de la matrice ; nous savons aujourd'hui que les néoplasmes solides ou liquides de l'ovaire peuvent très bien jouer le même rôle. En effet, nous lisons dans SCHULTZE que, dans 17 cas sur 32, la torsion axiale de l'utérus avait été provoquée par une *tumeur ovarienne.* Les 4 observations communiquées par IOHANNOWSKY comprennent 3 tumeurs de la matrice et 1 tumeur ovarique. En résumé, sur un ensemble de 50 observations, il faut noter que la torsion axiale a été causée 22 fois par un néo plasme de l'ovaire et 28 fois par une tumeur dépendant de la matrice.

Parmi les causes adjuvantes, il faut encore noter les alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie, l'accroissement inégal du néoplasme, la très grande mobilité de l'utérus, les adhérences préalables, la longueur excessive du pédicule, etc.

Anatomie pathologique. — Les lésions que l'on constate à l'autopsie ou au cours des laparotomies varient suivant qu'il s'agit d'une torsion récente, ou bien d'accidents ayant évolué d'une manière subaiguë et chronique.

Dans le premier cas, on trouve presque toujours de l'ascite libre ; l'épanchement peut être simplement séreux ; très souvent, il est teinté de sang ou même franchement hémorrhagique. Les adhérences font souvent défaut, et, quand elles existent, elles se réduisent ordinairement à des filaments sans résistance.

Si la torsion s'est effectuée d'une manière lente et progressive, on trouve de très nombreuses et parfois très solides adhérences, qui relient la tumeur utérine aux organes du

voisinage : on en a observé avec le côlon transverse, avec le cæcum et l'appendice, avec la vessie et le rectum, avec l'épiploon, l'intestin grêle, la paroi abdominale, etc.

Nous avons vu que la torsion utérine se produisait tantôt sous l'influence d'une tumeur de la matrice elle-même, tantôt sous celle d'un néoplasme solide ou liquide de l'ovaire.

Examinons d'abord le cas de la torsion occasionnée par une tumeur de l'utérus. Chez les malades observés par MICHOLISTCH, EHRENDORFER, le corps fibreux dépassait la grosseur d'une tête d'adulte ; la tumeur opérée par STRATZ pesait 10 kilogrammes ; celle de la malade soignée par FAURE en pesait 11 ; le myome d'une des opérées de SCHULTZE remontait jusqu'à l'ombilic, etc. Dans la plupart des cas, l'utérus tordu ne présente qu'un ou deux fibromes ; mais il y a des exceptions : une des malades de KÜSTNER avait plusieurs myomes, les uns sous-péritonéaux, les autres interstitiels ; chez celle de REINPRECHT, la paroi utérine était criblée de noyaux fibreux, mais la torsion avait été occasionnée par un gros myome qu'un long pédicule reliait à la partie supérieure de la face postérieure de l'organe.

Le siège occupé par le néoplasme est aussi très variable. Le plus souvent, il s'agit de *tumeurs voisines du fond ;* dans le cas de F. PICK, le myome siégeait en avant de la corne gauche ; dans celui de GOFFE, en pleine paroi postérieure ; chez la malade D'EHRENDORFER, il était implanté à l'union du bord gauche et de la paroi postérieure.

Dans la plupart des cas, la tumeur cause de la torsion est interstitielle ou bien sous-péritonéale et sessile, c'est-à-dire largement implantée dans la paroi utérine ; cependant on a vu plus d'une fois la torsion se produire sous l'influence d'un corps fibreux nettement pédiculé, témoin le fait rapporté par VIRCHOW et relatif à un myome pédiculé du fond.

A quel niveau la torsion s'effectue-t-elle ordinairement ? Toujours au-dessous de la ou des tumeurs, en un point où le tissu utérin est aminci, allongé par le fait même de la marche ascendante du néoplasme vers les parties supérieures de la cavité abdominale ; ce point correspond plus ou

moins à la zone sus-vaginale du col, non loin de l'isthme, c'est-à-dire près de l'insertion du vagin, et, bien entendu, au-dessus de celle-ci. Il arrive donc que la portion normale de la matrice, transformée en un cordon long et grêle, devient pédicule et effectue sur elle-même un mouvement de rotation plus ou moins complet.

D'ailleurs, cette torsion est elle-même très variable au point de vue nombre de tours accomplis, du degré de la striction et du sens dans lequel se produit la rotation axiale. Le plus souvent, elle s'effectue dans le sens des aiguilles d'une montre, autrement dit, de gauche à droite, mais il existe des exemples incontestables de torsion en sens inverse, c'est-à-dire de droite à gauche.

Nous venons de dire que le degré de la torsion variait aussi sensiblement. Chez la plupart des malades on l'a trouvée de 180° ; vient ensuite celle de 90° ; enfin LOHLEIN parle d'un cas où cette torsion était de 140° ; HOLST en a observé une de 120°.

Le nombre de tours décrits par le pédicule sur son axe varie également de 1 fois (FREUND), 1 fois et 1/2 (HOMANS), 2 fois (KÜSTNER, PICK, SCHULTZE), 2 fois et 1/2. Parfois la striction est telle que la section du pédicule semble imminente (HOLOWKO) ; chez l'opérée de RICARD, le col n'était plus relié au reste de l'utérus fibromateux que par les seuls feuillets séreux tordus sur eux-mêmes. M. FAURE signale aussi un fait de torsion au niveau de l'isthme, où le pédicule formé par l'utérus était à peine gros comme le petit doigt.

Quelle est la nature histologique de ces néoplasmes ? Toutes les observations publiées jusqu'à ce jour se rapportent à des corps fibreux, c'est-à-dire à des tumeurs bénignes ; l'épithélioma du corps n'a pas encore été signalé. Mais s'agit-il toujours de simples fibro-myomes ? Les auteurs sont très sobres de détails sur ce point ; il n'en est pas moins vrai que quelques faits concernent des néoplasmes un peu plus complexes. C'est ainsi que la malade de TOTH était porteuse d'une tumeur fibro-kystique extrêmement vasculaire (*cysto-fibrome télangiectasique*) ; celle de HOLOWKO fut opérée pour un gros myome kystique du fond de

l'utérus en voie de dégénérescence myxomateuse ; enfin, il convient de rappeler que, dans un des cas communiqués par FROMMEL, il s'agissait d'un énorme cysto-fibrome contenant 30 litres d'un liquide chocolat. Quant à la dégénérescence sarcomateuse, elle aurait été observée par GUNTHER.

En résumé, on peut dire que toutes les fois que la torsion de l'utérus a eu pour cause un néoplasme de cet organe lui-même, ce néoplasme était un fibro-myome.

Examinons maintenant les conséquences de la torsion et les lésions qu'elle provoque au sein des tissus sus-jacents à l'étranglement. Ici encore, les documents publiés sont très brefs. Naturellement, la stase due à la gêne de la circulation veineuse est un phénomène constant ; si l'oblitération veineuse n'est pas complète, c'est l'œdème qui domine ; dans le cas contraire, on assiste à l'apoplexie du myome, et, finalement, à sa gangrène. Mais, chose curieuse, cette redoutable complication est très rare : sur 50 observations, nous ne l'avons trouvée signalée que *deux fois*, par REINPRECHT et par TIMMERS. En général, on a sous les yeux le tableau anatomo-pathologique tracé par STRATZ : hypertrophie plus ou moins considérable de l'utérus et de ses fibromes, avec teinte violacée, livide, attestant la gêne de la circulation ; sur une coupe, on constate que les éléments conjonctifs sont dissociés par la distension des vaisseaux sanguins et surtout par l'irruption du sang libre provenant de ruptures vasculaires ; en certains points, l'infiltration séreuse est telle que le tissu conjonctif et les faisceaux musculaires sont pour ainsi dire macérés ; en somme, il y a, dans la plus grande partie de la tumeur, une hyperémie énorme qui donne aux tissus l'aspect du placenta, etc.

D'autres auteurs ont également insisté sur la fréquence et l'abondance des épanchements hématiques, mais sans s'attarder à des descriptions minutieuses (SCHROEDER, PICK, HOLST, etc.) ; dans le cas rapporté par SWITALSKI, la laparotomie avait montré un énorme foyer hémorragique occupant la moitié droite de l'utérus et la plus grande partie du ligament large du même côté. Enfin, SKUTSCH a découvert, en plein tissu myomateux, des épanchements de lymphe constituant de véritables foyers.

Pour ce qui est des annexes, il est évident qu'elles se ressentent aussi de cette gêne apportée à la circulation pelvienne. Dans le cas de STRATZ, les trompes étaient transformées en deux sacs à parois minces distendus par le sang ; l'ovaire, droit, fortement infiltré, présentait plusieurs foyers hémorragiques et quelques-uns de ses follicules avaient déjà subi la dégénérescence hyaline ; l'ovaire gauche offrait, à la coupe, l'aspect d'un réseau dont les mailles étaient pleines de sang.

Lorsque la torsion axiale de l'utérus a été occasionnée par un néoplasme de l'ovaire, il est vraisemblable que les altérations de la matrice ne diffèrent pas sensiblement de celles que nous venons de décrire. Quant à la nature de la tumeur annexielle qui a causé la torsion, les observations publiées nous apprennent qu'il s'agit tantôt de collections liquides et tantôt de néoplasmes solides. Les malades de KÜSTNER, FREUND, LÖHLEIN, etc., étaient atteintes de cysto-épithéliomes vulgaires ; celles de SIEBERS, FRÄNKEL, etc., portaient des tumeurs solides, qui étaient des fibromes, sauf un cas de FREUND où il y avait dégénérescence sarcomateuse. Un fait important à noter, c'est que, dans plusieurs cas, la torsion axiale de la matrice coïncidait avec une torsion du pédicule ovarien.

Symptômes. — Ils diffèrent suivant qu'il s'agit d'une torsion brusque, aiguë, ou bien d'une torsion s'effectuant d'une manière lente et progressive.

Dans le premier cas, le début est dramatique et rappelle celui de l'hématocèle rétro-utérine. Brusquement et sans cause appréciable ni connue, la malade ressent, dans la région hypogastrique, une douleur subite, aiguë, atroce, pouvant aller jusqu'à la syncope, douleur irradiant presque aussitôt dans tout l'abdomen, vers la région lombaire et à la partie supérieure des cuisses ; en même temps surviennent des vomissements, d'abord alimentaires et muqueux, puis franchement porracés. La face est pâle, les traits tirés, la respiration brève et haletante, le pouls petit, rapide, souvent irrégulier : c'est le tableau de la péritonite aiguë.

L'examen direct est rendu très difficile à cause du météorisme, de la contracture de la paroi et surtout à cause des souffrances que réveille la palpation. Pratiqués isolément, les touchers vaginal ou rectal sont assez mal supportés et ne renseignent guère davantage. Mais, par l'exploration bimanuelle et en procédant avec beaucoup de douceur et de patience, on arrive à reconnaître la présence d'une tumeur abdominale, ordinairement volumineuse et dépendant plus ou moins directement de la matrice ; cette tumeur paraît immobile, et les mouvements qu'on essaye de lui imprimer sont intolérables pour la malade.

En général, il n'y a pas de fièvre ; cependant quelques auteurs ont noté des élévations thermiques très nettes, mais peu considérables.

Au bout de quelques heures, les phénomènes du début s'atténuent, et il faut profiter de cette accalmie pour renouveler les tentatives d'exploration. C'est ainsi que, par le toucher rectal, Stratz réussit à reconnaître la présence d'une grosse tumeur abdominale reliée par un pédicule à la matrice, dont le volume ne paraissait pas augmenté. Mais ces rémissions ne sont pas de longue durée : les crises douloureuses reparaissent bientôt, et, avec elles, le refroidissement des extrémités, la tendance au collapsus ; l'état général devient de plus en plus mauvais et, si l'on n'intervient pas, tout se termine par la mort au bout de peu de jours. Ce fut le sort d'une des malades de Küstner, qui succomba après huit jours de maladie, le lendemain de son admission dans le service de ce chirurgien, et avant d'avoir pu être opérée.

Mais l'affection peut évoluer par crises ou par rechutes, témoin la malade de Timmers, qui, pendant un mois, eut plusieurs accès aigus avec tendance au collapsus. A l'ouverture du ventre, on trouva un très gros myome en partie gangréné et offrant une foule d'adhérences avec la paroi abdominale, l'intestin et l'épiploon. L'utérus était tordu sur son axe de 180°. On pratiqua l'hystérectomie totale, et la malade guérit.

Dans la forme lente, chronique, la torsion affecte des allures cliniques très variables. Parfois, tout se borne aux

symptômes caractéristiques de la tumeur utérine ou ovarienne, et c'est au cours de l'opération que l'on constate l'existence d'une torsion axiale de la matrice.

Ordinairement, tout en restant vagues, les signes cliniques sont plus accusés. D'abord, il s'agit presque toujours de personnes atteintes de tumeurs abdominales depuis plusieurs mois ou plusieurs années ; la malade de VIRCHOW avait sa tumeur depuis vingt ans, celle de KÜSTNER, depuis quinze ans, celle de SEMMELINK, depuis vingt deux ans. Il n'y a pas, à proprement parler, de souffrances vives ; un jour, sans cause appréciable, la malade a ressenti des douleurs plus intenses que d'habitude, de véritables coliques qu'elle attribue soit à ses règles, soit à des troubles digestifs ; ou bien elle a perçu une sorte de craquement, ou encore son attention a été attirée par l'accroissement brusque du volume de son ventre, accroissement qui a coïncidé avec les coliques dont nous venons de parler. Souvent de nouveaux signes ont fait leur apparition. LÖHLEIN, IOHANNOWSKY, SCHULZE ont insisté avec raison sur la fréquence des troubles de la miction chez les personnes atteintes de torsion lente. De même WINTER a rapporté l'observation d'une malade qui, depuis plusieurs mois, présentait des alternatives de rétention d'urine et de pollakyurie. Les troubles de la défécation ne sont pas rares non plus, et ils peuvent coïncider avec ceux de la miction. Ainsi, dans le cas observé par EHRENDORFER, il y avait eu, pendant dix mois, des crises de rétention d'urine auxquelles vint s'ajouter une difficulté de la défécation qui alla en s'aggravant. La malade de PICK souffrait aussi d'une constipation opiniâtre. Tous ces accidents doivent être mis sur le compte des adhérences qui s'établissent entre l'utérus fibromateux et les organes voisins, adhérences créées par l'irritation chronique du péritoine.



Dans la forme chronique, la recherche des signes physiques est beaucoup plus aisée, sinon toujours très facile. Le toucher vaginal seul est insuffisant, car le col est souvent inaccessible ; on peut en dire autant du toucher rectal seul. C'est donc encore à la palpation bimanuelle qu'il faut recourir si l'on veut obtenir des renseignements intéres-

sants. En général, on arrive à percevoir une tumeur plus ou moins volumineuse, régulièrement arrondie ou bosselée, de consistance élastique ou même pseudo-fluctuante ; caractère important à noter, *la tumeur est toujours fixée*, et c'est cette fixité qui empêche souvent de reconnaître si le néoplasme provient de l'utérus lui-même ou des annexes.

L'examen sous le chloroforme peut faciliter la tâche du chirurgien, et c'est en employant ce moyen que Schultze est parvenu, dans un cas, à constater la présence d'une masse pédiculée partant du fond de la matrice et remontant vers l'ombilic.

Parmi les autres symptômes observés chez les femmes atteintes de torsion axiale, il faut noter des troubles menstruels, des métrorragies, de la diarrhée, etc.

La forme lente n'évolue pas toujours d'une manière aussi bénigne. A un moment donné, la torsion, qui était incomplète, s'achève brusquement, et l'on assiste au tableau dramatique de l'invasion aiguë tel que nous l'avons tracé.

Pronostic. — La torsion axiale est un accident très sérieux, mais heureusement assez rare.

Si l'on n'intervient pas, la mort par hémorragie ou par infection péritonéale est inévitable ; et cependant la laparotomie n'est pas toujours une garantie de succès, car la terminaison fatale a été notée dans un assez grand nombre de cas. Ainsi la malade de Küstner s'éteignit dans le collapsus sans avoir été opérée, huit jours après le début des accidents ; celle de Siebers subit l'hystérectomie supra-vaginale, ce qui ne l'empêcha pas de succomber le septième jour ; celle de Pick mourut subitement, après quelques symptômes d'occlusion intestinale ; celle de Homans fut emportée par une pneumonie ; Switalski perdit son opérée au bout de trois jours (hystérectomie supra-vaginale) ; enfin, la malade de Winter succomba aussi, malgré l'intervention.

Sur un ensemble de 41 cas, on relève 6 décès, dont 3 seulement sont imputables à l'opération ; donc la

mortalité globale = 14 0/0, et la mortalité post-opératoire = 7 0/0.

Diagnostic. — On ne connaît pas de signe pathognomonique de cet accident, et ce qui complique encore la question c'est que la torsion se manifeste par un ensemble de symptômes communs à quelques autres affections. L'embarras du chirurgien peut donc être très grand.

Il faut d'abord rechercher si les symptômes accusés par la malade — douleur subite, vomissements, météorisme, tendance au collapsus — doivent être mis sur le compte d'une torsion utérine ou ovarienne, ou bien si l'on doit les attribuer à une appendicite, à une hématocèle rétro-utérine, etc.

La présence constante de la fièvre, la localisation très nette de la douleur au point de MAC BURNEY sont des signes trop caractéristiques pour qu'une confusion avec l'*appendicite* soit possible ; il n'en est pas moins certain que le diagnostic est à peu près impossible si l'appendicite s'accompagne de péritonite généralisée, avec météorisme énorme, etc.

En ce qui concerne l'*hématocèle rétro-utérine*, par le toucher vaginal, on trouve dans la région du Douglas une énorme saillie qui fait bomber le cul-de-sac postérieur et refoule la matrice contre la symphyse pubienne, etc.

Dans le cas d'*étranglement interne*, l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements fécaloïdes, etc., sont des signes trop évidents pour donner lieu à une confusion. Toutefois, il ne faut pas oublier que certaines torsions s'accompagnent d'une constipation opiniâtre, et, parfois même, d'une gêne de la défécation telle qu'on pourrait, non sans raison, songer un instant à l'existence d'une occlusion intestinale.

Mais ce n'est pas tout d'avoir diagnostiqué, ou plutôt soupçonné l'existence d'une torsion, il faut encore pouvoir préciser son siège. S'agit-il d'une torsion axiale de la matrice elle-même, ou bien d'une torsion de myome pédiculé, d'un néoplasme ovarique ? Dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, la difficulté paraît insurmontable, surtout

lorsqu'on se trouve en présence du type aigu, avec météorisme énorme, sensibilité excessive à la palpation, etc. Seule l'intervention est capable de faire la lumière.

Chez les personnes atteintes de torsion lente, sans réaction péritonéale bien marquée, la palpation bimanuelle a plus d'une fois permis de faire la part de ce qui est à l'utérus et de ce qui dépend des annexes. Dans ce dernier cas, il existerait assez souvent un souffle systolique (souffle systolique du pédicule des kystes ovariens) sur lequel MOULS a insisté, et que l'on ne rencontrerait jamais chez les porteuses de corps fibreux utérins.

Traitement. — L'intervention chirurgicale s'impose, et c'est la laparotomie qui constitue la méthode de choix.

En principe, on doit conserver l'organe de la gestation, après avoir réduit la torsion et pratiqué l'ablation de la ou des tumeurs. Malheureusement, la chose n'est pas toujours possible : tout dépend de la cause de la torsion, du siège de la tumeur, de la gravité des lésions constatées au cours de la laparotomie.

Si la torsion est due à une tumeur ovarienne, la conservation de la matrice est très souvent possible ; après ablation du néoplasme annexiel et détorsion de l'utérus, tout finit par rentrer dans l'ordre. Des exemples de cette heureuse terminaison ont été publiés par FREUND, KÜSTNER, SCHULTZE, etc. L'histoire d'une des malades de LÖHLEIN est particulièrement intéressante, car il s'agissait d'un utérus gravide parvenu à la fin du cinquième mois, et ayant subi une torsion axiale de 140°. L'accident était dû à un très gros kyste de l'ovaire gauche. Le chirurgien se borna à pratiquer l'ablation de la tumeur, ce qui amena la détorsion de la matrice, et, fait unique dans l'histoire de cette complication, la grossesse poursuivit sans encombre son évolution jusqu'au terme normal ! Mais KREUZMANN fut moins heureux et dut pratiquer l'hystérectomie totale.

La torsion qui est due à un néoplasme utérin entraîne un pronostic ordinairement moins favorable, car les altérations du tissu utérin peuvent nécessiter l'ablation. D'après les observations publiées, on voit que la plupart des chirur-

giens se sont contentés de pratiquer l'hystérectomie supravaginale : c'est la conduite suivie par Schultze, Stratz, Iohannowsky, etc. D'autres ont préféré recourir à l'extirpation totale ; Ehrendorfer a employé une fois le pédicule externe.

Le sacrifice de l'organe n'est pas toujours nécessaire : la malade de Skutch avait un gros myome largement implanté dans la paroi antérieure, celles de Küstner, de Holst, de Schultz, des myomes du fond : l'énucléation pure et simple du néoplasme amena la détorsion de l'utérus.

MALADIES
DES
ANNEXES DE L'UTÉRUS

MALADIES
DES TROMPES ET DES OVAIRES

SALPINGO-OVARITES

Pathogénie. — Étiologie. — La salpingo-ovarite est l'inflammation simultanée ou successive de la trompe et de l'ovaire, inflammation provoquée par le développement, dans ces organes, des microorganismes de la suppuration.

Entrevues dès la fin du XVII[e] siècle par RUYSH et, au XVIII[e], par von KAEN, ASTRUC, PORTAL, les salpingo-ovarites furent assez bien étudiées, au point de vue clinique, par BERNUTZ, ARAN, GOUPIL et SCANZONI ; mais c'est LAWSON TAIT qui, par ses audacieuses interventions, nous a, le premier, à partir de 1872, scientifiquement documentés sur l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement de cette grave affection.

La salpingo-ovarite est une maladie d'une fréquence extrême [1] ; on l'observe surtout pendant la période de l'activité génitale de la femme, c'est-à-dire entre vingt et qua-

1. WINCKEL l'a rencontré 182 fois sur 575 cadavres autopsiés par lui. Sur 100 autopsiées, LEWERS a noté des lésions annexielles 17 fois, et GALABIN, 12 fois sur 302 cas. — Sur 20.605 femmes examinées par MARTIN, du 15 septembre 1886 au 31 décembre 1894, les annexes ont été trouvées malades dans 1.363 cas.

rante ans, elle est rare dans la vieillesse et tout à fait exceptionnelle chez les enfants.

Toutes les salpingo-ovarites sont d'origine infectieuse ; cette vérité, universellement admise aujourd'hui, est basée sur d'innombrables preuves cliniques, anatomiques et bactériologiques apportées par KRŒNIG, MENGE NŒGGERATH, WESTERMARK, BUMM, WITTE, ORTHMANN, WIDAL, MORAX, REYMOND, pour ne citer que les travaux les plus retentissants. Un autre fait, non moins bien démontré, c'est que cette affection est toujours secondaire à une lésion infectieuse du vagin, de l'utérus, du tube digestif, ou même à une maladie générale. La salpingite primitive, liée à des troubles menstruels, indépendante de toute infection, n'existe pas, malgré les affirmations contraires de PROCHOWNIK et de quelques autres, qui, d'ailleurs, n'ont jamais pu fournir de preuves satisfaisantes pour étayer leur opinion. La stérilité du pus de certaines salpingites, fait assez souvent observé, ne prouve rien contre la nature microbienne de cette affection, puisque nous savons que les microorganismes disparaissent souvent de vieux foyers purulents, « tués peut-être par leur propres toxines ».

De toutes les causes provocatrices des salpingo-oophorites, la plus fréquente est, sans contredit, l'infection de la muqueuse utérine, l'*endométrite aiguë* ou *chronique*, dont l'énorme fréquence explique très bien celle de l'infection tubo-ovarienne. « Pour peu qu'une endométrite dure depuis quelque temps, dit le professeur POZZI, les trompes sont plus ou moins atteintes, mais les symptômes sont trop peu marqués de ce côté pour que cet épiphénomène arrête l'attention des cliniciens. Dans les métrites intenses avec salpingite légère, on ne suit et on ne traite que la métrite ; d'autre part, dans la salpingite accentuée, une métrite légère, point de départ de l'affection tubaire, peut facilement passer inaperçue. » En d'autres termes, pour le chirurgien de l'hôpital BROCA, il n'existe presque pas de métrite chronique sans salpingo-ovarite concomitante ; mais l'intensité du processus tubo-ovarien n'est pas toujours en raison directe de celle du processus utérin, et réciproquement, opinion peut-être excessive.

D'après ZWEIFEL, ROSTHORN, NOEGGERATH [1], presque toutes les oophoro-salpingites auraient pour point de départ une *endométrite blennorragique*, assertion très exagérée, car il est bien établi aujourd'hui que l'*infection puerpérale* joue, elle aussi, un rôle capital dans la pathogénie de cette affection : des recherches auxquelles nous nous sommes livré, il résulte que ces deux facteurs, *blennorragie* et *puerpéralité*, sont, dans la genèse des tubo-ovarites, d'une importance étiologique à peu près égale. Mais, un fait à retenir, c'est que l'*endométrite post abortum* est la principale source des oophoro-salpingites d'origine puerpérale ; le professeur POZZI a insisté, avec raison, sur ce point.

Parmi les autres causes susceptibles de donner naissance aux « annexites », il faut citer la *contamination par l'exploration* (toucher vaginal, hystérométrie septique), la *contamination opératoire* (le curettage infectant) et surtout l'infection d'*origine intestinale*.

Quelle est la voie suivie par l'infection pour arriver jusqu'aux annexes de la matrice ? Il y en a plus d'une.

La *voie muqueuse*, c'est-à-dire la propagation du processus de muqueuse à muqueuse, par continuité des tissus, est aujourd'hui universellement admise, et il est même des auteurs,

1. Pour NOEGGERATH, la blennorragie de l'homme ne guérirait jamais, et, lorsqu'elle parait guérie, elle serait devenue simplement latente. C'est cette gonorrhée latente qui infecte ordinairement la femme. Il se produirait alors chez elle une inflammation de la muqueuse depuis l'entrée du vagin jusqu'à la surface de l'ovaire. Si l'on tient compte de la grande fréquence de la blennoragie uréthrale chez l'homme (80 0/0 d'après NOEGGERATH), presque toutes les femmes devraient être infectées ; et « elles le sont toutes », affirme cet auteur. Il y a là une exagération sur laquelle il serait puéril d'insister, et SCHRŒDER est un de ceux qui se sont le plus énergiquement élevés contre cette théorie insoutenable. — A notre sens, si « toutes » les femmes qui se plaignent de leur ventre sont accusées d'avoir été infectées par la goutte militaire de leur mari ou de leur amant, et d'être atteintes de métrite gonococcique, cela tient à une confusion, à une erreur de diagnostic sur laquelle ont, à juste titre, insisté RICHELOT, DALCHÉ, SIREDEY, etc. ; on étiquète métrite une foule de cas qui ressortissent à la congestion et à la sclérose de l'utérus ; c'est ce qui explique aussi l'inefficacité du curettage et le discrédit dans lequel est tombée cette opération si utile, si bienfaisante toutes les fois que ses indications sont rigoureusement observées (Voyez SCHRŒDER, *op. cit.*, p. 476).

SCHROEDER entre autres, qui n'admettent qu'elle. La muqueuse vaginale se continuant avec la muqueuse utérine, qui se continue elle-même directement avec la muqueuse tubaire, on comprend très bien que l'infection, partie du vagin ou de la cavité utérine et gagnant de proche en proche, puisse atteindre facilement le pavillon de la trompe, et, de là, passer sur le péritoine et sur l'ovaire. Ce mode de propagation est, vraisemblablement, le plus fréquent. Il n'en est pas moins certain que quelques auteurs ont rejeté cette théorie en se basant sur ce fait que, dans un grand nombre de cas, c'est la partie la plus externe de l'organe qui offre les lésions les plus graves, les plus avancées, tandis que son tiers interne est peu touché ou même complètement sain. Les partisans de la voie muqueuse ont eu facilement raison de cette objection, en invoquant ce qui se passe chez les malades atteints d'orchite blennorragique, où l'infection, partie de l'urèthre, gagne l'épididyme en laissant le trajet intermédiaire, c'est-à-dire le canal déférent, plus ou moins indemne. C'est ce qui s'observe également dans les pyélites et néphrites ascendantes, avec intégrité plus ou moins complète de l'uretère. Ces faits sont trop connus pour qu'il soit utile d'y insister plus longuement : avec l'immense majorité des chirurgiens, nous estimons que la propagation par continuité des muqueuses joue un très grand rôle, on pourrait même dire le principal rôle, dans la genèse des oophoro-salpingites suppurées [1].

Le réseau lymphatique utérin se continuant directement avec le réseau lymphatique des trompes, on comprend aisément que la *voie lymphatique* intervienne souvent pour infecter les annexes de l'utérus. Il s'agit encore ici d'un fait qui n'a plus besoin de démonstration. Bien plus, les récentes recherches de REYMOND et de IORDANOW auraient démontré que certaines espèces microbiennes ont, chacune, leur voie d'élection : d'après ces auteurs, le gonocoque parviendrait jusqu'à la trompe en suivant la voie muqueuse, tandis que le streptocoque et le bactérium coli auraient une prédilec-



1. Pour plus amples détails, consulter les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1888, p. 862.

tion marquée pour le système des vaisseaux lymphatiques. Quoi qu'il en soit, un fait semble bien établi, c'est que, pour donner naissance aux salpingo-ovarites, l'infection suit tantôt la voie lymphatique, tantôt la voie muqueuse ; quant à la *voie sanguine*, on croit généralement qu'elle ne joue un rôle que dans les cas de *scepticémie aiguë ;* on observe alors des phlébites et des suppurations intra-veineuses qui se terminent presque toujours par la mort.

Il nous reste à parler des salpingo-ovarites par *infection d'origine intestinale* [1]. Quelle est, dans ces cas, la voie suivie par les microorganismes ? On a cru pendant quelque temps que le processus émané de l'appendice infecté gagnait les annexes droites par l'intermédiaire des lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien. Or, en dépit des affirmations contraires de CLADO et de TREUB, il est actuellement bien démontré que ce ligament n'existe pas, et qu'il n'y a pas d'anastomoses lymphatiques normales entre l'appendice et les annexes de la matrice [2]. Pour expliquer la genèse des accidents, c'est-à-dire la propagation de l'infection de l'intestin ou de l'appendice malade à la trompe et à l'ovaire sains, la plupart des chirurgiens pensent que la contamination s'opère à la faveur de *réseaux lymphatiques de nouvelle formation* siégeant au sein des adhérences et des exsudats qui mettraient en communication un foyer appendiculaire ou une anse intestinale malade avec des annexes absolument indemnes (entérite, fièvre typhoïde, etc.). Les faits de ce genre sont actuellement assez nombreux pour ne laisser subsister aucun doute sur la réalité de ce mécanisme pathogénique [3]. Mais, à côté de ces exemples d'annexites à point de départ exclusivement intestinal, on a rapporté de nom-

1. POZZI (*Soc. de chirurgie*, 1890, décembre).

2. BARNSBY (*Thèse de Paris*, 1897-1898). — YORDANOFF (*Thèse de Paris*, 1897-1898).

3. LŒWENHARDT rapporte, dans sa thèse, l'intéressante observation d'une fille vierge de dix-neuf ans qui, après une atteinte d'appendicite terminée par la résolution, fut prise de phénomènes de salpingo-ovarite. Au cours de l'opération pratiquée à froid, on trouva l'appendice malade formant un magma avec les annexes droites elles-mêmes sérieusement lésées (*Thèse de Paris*, 1903-1904).

breuses observations relatives à des oophoro-salpingites blennorragiques ou puerpérales *secondairement infectées* par des organismes venus du tube digestif. Dans tous ces cas, le pus des trompes renfermait des coli-bacilles et, au cours des interventions, on avait trouvé de nombreuses adhérences entre des anses intestinales et les annexes [1].

Ajoutons, en terminant, et à titre de simple renseignement, que divers auteurs ont signalé des symptômes de salpingo-ovarite au cours de certaines *maladies générales*, telles que la *scarlatine*, la *variole*, la *grippe*, la *rougeole*, etc, Rappelons, enfin, que ZWEIFEL, FROMMEL, GIRODE, ont rapporté des exemples de tubo-ovarites à pneumocoques, mais sans pneumonie concomitante ni antérieure [2].

Dans le pus des tubo-ovarites infectieuses, les auteurs ont signalé la présence de nombreux microorganismes : le *gonocoque*, le *streptocoque*, le *staphylocoque*, le *coli-bacille*, le *pneumocoque*, sans parler de quelques autres espèces encore très mal connues.

De tous ces organismes ceux que l'on rencontre le plus fréquemment sont incontestablement le *gonocoque* et le *streptocoque*.

Signalé pour la première fois, en 1886, par WESTERMARK dans le pus d'une oophoro-salpingite blennorragique, le gonocoque a été surtout étudié par A. MARTIN, WERTHEIM, WITTE, REYMOND, MORAX, etc. Aujourd'hui, les cas de salpingite dans lesquels on le rencontre ne se comptent pour ainsi dire plus, et le rôle qu'il joue dans la pathogénie de cette affection n'est plus contesté par personne. En général, c'est à la surface de la muqueuse tubaire ou plutôt dans l'enduit purulent qui la recouvre qu'il est facile de le déceler ; il n'en est pas moins certain qu'on l'a également rencontré dans l'épaisseur de la muqueuse, et même dans le parenchyme musculaire.

Les faits relatifs au streptocoque ne sont pas moins con-

1. Sur cette importante question, consulter SCHAUTA (*Arch. f. Gyn.*, 1893, t. XLIV), REYMOND (*loc. cit.*), GIRODE *in* REYMOND.

2. FROMMEL a trouvé le pneumocoque dans quelques cas de salpingite d'origine puerpérale, et ZWEIFEL dans un cas de tubo-ovarite à gonocoques. Voyez aussi WERTHEIM (*Centralb. f. Gyn.*, 1894, p. 149).

cluants, et il n'est plus personne pour nier que ce microorganisme soit l'agent pathogène des *tubo-ovarites post-puerpérales*. On l'a rencontré dans le pus des collections tubaires et dans les foyers ovariens, dans l'épaisseur de la muqueuse, dans les caillots des vaisseaux thrombosés et dans les lymphatiques.

Quelques auteurs, parmi lesquels il faut surtout citer WITTE et WERTHEIM, ont attiré l'attention sur des faits d'*infection mixte*, dans lesquels le gonocoque et le streptocoque se trouvent associés, comme, par exemple, chez les femmes atteintes de blennorragie au moment de l'accouchement ou de l'avortement. D'après ces auteurs, le gonocoque favoriserait par sa présence le développement du streptocoque en diminuant la résistance des muqueuses et en augmentant la virulence des autres microorganismes auxquels il se trouve accidentellement associé.

Quant au staphylocoque, au coli-bacille, ils sont presque toujours associés, dans le pus, avec le streptocoque [1].

Anatomie pathologique. — Nous allons passer en revue successivement les lésions du péritoine, celles de la trompe et celles de l'ovaire.

Lésions du péritoine. — Il est bien exceptionnel que la séreuse péritonéale soit indemne ; presque toujours, pour ne pas dire toujours, on se trouve en présence de lésions de *pelvi-péritonite*, lésions dont l'étendue et la gravité varient dans des proportions très considérables.

S'agit-il d'une poussée de *salpingite catarrhale légère ?* Tout peut se réduire à un simple dépoli de la séreuse dans

1. WAGNER (de Chicago) a observé, en 1910, un exemple d'*actinomycose des annexes* chez une femme de 19 ans. Depuis 6 à 7 ans, cette femme était atteinte de troubles intermittents du côté de l'abdomen, troubles paraissant être d'ordre typhlo-appendiculaire. Laparotomie médiane, etc. ; on trouva les deux ovaires gros comme des oranges, infiltrés de pus, etc. L'examen histologique montra la présence du mycelium pathognomonique ; et les cultures donnèrent des actinomycètes. On peut dire que cette observation constitue une véritable rareté (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, 1910).

le voisinage du pavillon tubaire et à quelques exsudats filamenteux entre ce pavillon et une frange épiploïque, ou bien à de faibles adhérences entre la trompe et l'ovaire correspondants. En général, les lésions sont plus sérieuses. Au lieu de ces exsudats filamenteux, en toiles d'araignée, qu'il est si facile de séparer, on constate que l'ovaire et la trompe, solidement soudés ensemble, forment une masse fixée au fond du cul-de-sac de Douglas et qu'ils offrent, d'autre part, des connexions plus ou moins résistantes avec une anse d'intestin et avec l'épiploon. D'autres fois, la trompe, transformée en une poche kystique [1] à laquelle adhère l'ovaire, se trouve soudée au rectum par des adhérences tellement intimes qu'il est impossible de la dégager sans déchirer ce segment d'intestin. Dans les formes très graves, avec lésions bilatérales, le chirurgien a toutes les peines du monde à se reconnaître et à s'orienter. Après avoir soulevé l'épiploon qui forme comme un tablier adhérent, on découvre un énorme magma englobant l'utérus, les annexes, des franges épiploïques et des anses intestinales ; tous ces organes tiennent les uns aux autres par des adhérences, les unes récentes, filamenteuses, molles, les autres anciennes, solides et résistantes, souvent très vasculaires. A côté de ces lésions, on rencontre, parfois, de vastes exsudats de pelvi-péritonite aiguë, des fausses membranes reliant les anses intestinales ou circonscrivant des foyers purulents, etc., comme le dit très bien M. J.-L. Faure, « toute anatomie disparaît, tout point de repère devient illusoire, et le chirurgien qui doit se

1. Sous le nom de *kystes tubo-ovariens*, le professeur Pozzi a décrit une lésion caractérisée par la soudure de l'ovaire kystique à la trompe également kystique, les deux cavités communiquant librement entre elles. La trompe resterait perméable le plus souvent, ce qui permettrait au liquide de s'écouler dans l'utérus dès que la pression devient excessive. Cette variété de tumeur a été également étudiée par Olshausen, par Schram, par Richard, etc. Il s'agit là d'une affection rare et sur la nature de laquelle l'accord n'est pas encore fait. Il nous suffira de l'avoir signalée.

De même, nous ne faisons que citer quelques autres lésions encore mal connues ou bien dépourvues d'intérêt pratique; de ce nombre sont les *kystes des corps jaunes*, les *kystes résiduaires wolffiens*, *mülleriens*, etc.

reconnaître parmi ces mille sensations qui échappent à toute analyse, n'a plus d'autre guide que la délicatesse de son toucher et la précision de son regard ».

Lésions de la trompe. — Pour la commodité de la description, nous adopterons la classification proposée par le professeur Pozzi, qui distingue : la salpingite non kystique et la salpingite kystique.

Salpingite non kystique. — Dans la forme légère, dite *catarrhale*, la trompe est uniformément hypertrophiée, tuméfiée, rouge, avec un pavillon turgescent et replié sur lui-même ; à la surface de l'organe, on voit des fausses membranes qui le relient à l'ovaire, à l'intestin, à l'épiploon ; en examinant la cavité tubaire, on constate que les plis normaux sont hypertrophiés et baignés de mucus. Les orifices utérin et abdominal sont perméables. Le microscope nous montre les plis de la muqueuse hérissés de bourgeons riches en vaisseaux et infiltrés de cellules embryonnaires ; quant à la tunique fibro-musculaire, elle est simplement hyperplasiée. Telle est la *salpingite catarrhale aiguë*.

A un stade plus avancé de la maladie, on observe des *lésions de salpingite aiguë purulente, non kystique*. Les signes d'inflammation sont beaucoup plus accusés ; la trompe est très tuméfiée, contournée, bosselée ; elle renferme un liquide franchement purulent qui s'écoule dans l'utérus par l'ostium utérinum, car l'orifice abdominal est oblitéré par la fusion des franges du pavillon. La muqueuse est rouge, couverte de végétations qui oblitèrent plus ou moins complètement la lumière tubaire, ou déterminent des cloisonnements partiels remplis de pus ou de sérosité louche ; la paroi de l'organe est épaissie, infiltrée de sérosité ou de pus, souvent lardacée ; au microscope, la muqueuse apparaît couverte de bourgeons anastomosés ; le tissu conjonctif est infiltré de cellules migratrices ; les cils vibratiles n'existent plus, et les cellules épithéliales sont déformées, méconnaissables.

Dans la *salpingite chronique*, la trompe est hypertrophiée, épaisse et dure ; sa surface est couverte d'adhérences qui la

relient à la paroi pelvienne, au cul-de-sac de DOUGLAS, à l'intestin, à l'épiploon, etc. Ces adhérences sont friables, ou, au contraire, fermes, résistantes, au point qu'il est impossible de les décoller sans endommager les organes. L'ostium uterinum peut être perméable, tandis que l'orifice abdominal est toujours oblitéré par l'accollement des franges du pavillon. Les lésions ne sont pas limitées à la muqueuse, elles intéressent toute l'épaisseur de la paroi tubaire : il s'agit bien là d'une *salpingite parenchymateuse chronique* que le professeur POZZI distingue en *hypertrophique* et *atrophique*.

Dans la *forme hypertrophique*, la trompe est grosse comme l'index ou même davantage, brunâtre ou violacée, de consistance ferme ; l'ostium abdominal est fermé, l'ostium utérin perméable, mais rétréci. Sur une coupe on constate que les éléments musculaires et conjonctifs hyperplasiés forment une sorte de coque épaisse, tapissée, du côté de la lumière, par une muqueuse très altérée, blanche, hérissée de végétations ; partout les vaisseaux sont très dilatés.

La *salpingite chronique atrophique* est caractérisée par une rétraction de tous les tissus, résultat d'un véritable processus inodulaire ; le tissu musculaire a disparu, l'épithélium n'existe plus, il y a oblitération de la lumière tubaire ; souvent, tout l'organe est transformé en un cordon fibreux et dur.

Les auteurs ont décrit deux autres types anatomiques, d'importance très secondaire. La *salpingite folliculaire* d'ORTHMANN se distingue par la présence de petites cavités criblant la paroi tubaire et lui donnant un aspect aréolaire. Quant à la *salpingite nodulaire* signalée par PILLIET, elle se caractériserait par de petites nodosités fibreuses insérées dans l'épaisseur de la paroi tubaire enflammée.

Salpingite kystique. — On en distingue trois variétés : le *pyosalpinx*, l'*hydrosalpinx* et l'*hématosalpinx*.

Pyosalpinx. — Le kyste purulent de la trompe est une conséquence de la salpingite purulente dont nous venons de parler. La trompe peut être dilatée dans son entier ; mais ordinairement elle ne l'est que dans ses deux tiers externes. Son extrémité externe est oblitérée par l'agglutination des

franges du pavillon ; son extrémité interne est fermée par une ou plusieurs coudures de son trajet. En général, elle offre l'aspect et le volume d'une petite poire, souvent contournée sur elle-même en cor de chasse ; mais on a décrit des kystes tubaires purulents gros comme une pomme, une orange, une noix de coco et même comme une tête de fœtus. La surface externe de la poche est tapissée de fausses membranes qui la fixent, en même temps que l'ovaire, soit à l'utérus, soit à la paroi pelvienne, soit au fond du Douglas ; cette dernière disposition est extrêmement fréquente. Il est également fort commun de trouver le pyosalpinx relié par

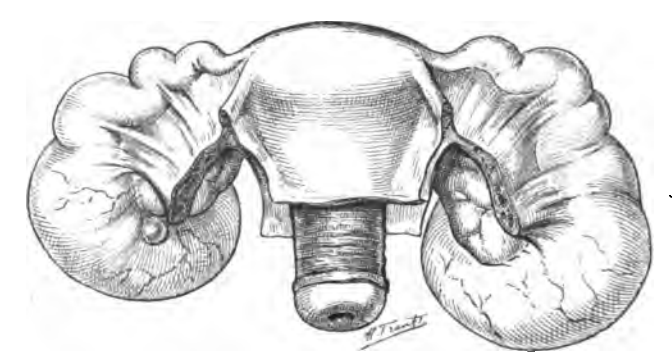


Fig. 194. — Pyosalpinx double.

des adhérences à l'épiploon, à l'intestin, à la vessie, même à l'appendice et au rectum. La surface interne du kyste offre un aspect tomenteux, grisâtre ; au microscope, cette surface paraît recouverte de végétations ramifiées, tapissées elles-mêmes par une couche de cellules cylindriques. Le pus contenu dans la cavité kystique est épais, jaunâtre, crémeux, souvent horriblement fétide. Le reste de la paroi tubaire est infiltré de cellules fusiformes, de leucocytes ; les vaisseaux y sont nombreux et très dilatés.

Hydrosalpinx. — « Lorsque le travail phlegmasique s'est arrêté, l'abcès tubaire peut se changer en une collection séreuse par une sorte de clarification du pus dont les éléments solides se déposent sur la paroi, tandis que la partie

séreuse augmente ; telle paraît être l'origine de la grande majorité des hydrosalpingites. » (Pozzi.) La tumeur est, en général, peu volumineuse, lisse, dépourvue d'adhérences. Dans les cas anciens, la paroi interne du kyste est unie, lisse, sans trace de plis ni de végétations. Le contenu est presque toujours stérile.

Hématosalpinx. — Dans un grand nombre de cas, le sang provient d'une hémorragie survenue dans un hydrosalpinx ou dans un pyosalpinx. Ce sang peut être sirupeux, de couleur chocolat, ou bien liquide, clair, formé de sérosité mélangée de sang, ou de pus mélangé de sang.

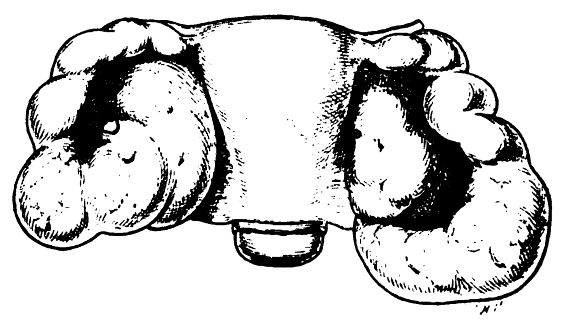


Fig. 195. — Salpingo-ovarite double.

Le volume de ces poches est, en général, peu considérable ; il ne dépasse guère celui d'une poire ; leurs parois sont ordinairement minces avec, par places, des zones épaissies.

Enfin, l'hématosalpinx peut être le résultat d'une apoplexie de la trompe au cours d'une perturbation menstruelle causée par un refroidissement, un traumatisme, un écart de régime, etc., ou, encore, la conséquence d'une grossesse tubaire arrêtée dans son évolution par la mort prématurée de l'embryon qui s'est résorbé.

Lésions de l'ovaire. — Dans la salpingite catarrhale légère, l'ovaire est souvent indemne ; mais il est bien exceptionnel qu'il reste intact à côté d'une trompe suppurée.

Dans l'*ovarite aiguë simple*, la glande est congestionnée, un peu augmentée de volume et entourée de fausses membranes dues à une péri-oophorite plus ou moins localisée. A un stade plus avancé, il y a *ovarite diffuse ;* l'organe est sensiblement hypertrophié, infiltré de liquide et criblé de kystes folliculaires à contenu séreux ou sanguinolent ; son stroma est souvent le siège d'une infiltration embryonnaire, très marquée autour des vaisseaux et des follicules. Quoi qu'il en soit, le processus aboutit à la résolution, ou se termine par suppuration, ou bien encore subit la dégénérescence scléreuse.

Dans l'*ovarite suppurée* (*fig.* 196) on trouve, d'abord, des abcès miliaires dans l'intérieur même des follicules ; ces abcès se fusionnent ensuite, par la fonte du tissu conjonctif intermédiaire, pour former une ou plusieurs cavités purulentes, limitées par une coque fibreuse au sein du tissu ovarien plus ou moins compromis ; dans certains cas, l'ovaire apparaît creusé d'un grand nombre d'alvéoles pleines de pus, formant ainsi une véritable éponge purulente ; ou bien, encore, la glande est transformée en une poche unique, dont la paroi interne est tapissée de bourgeons et de végétations baignant dans le pus, tandis que le tissu ovarien a presque entièrement disparu. Très souvent ces abcès sont entourés de fausses membranes, d'adhérences épaisses circonscrivant des cavités dans lesquelles s'épanche le pus. Enfin il n'est pas rare de voir l'ovaire purulent communiquer avec la cavité d'un pyosalpinx, en constituant un véritable ***abcès tubo-ovarien***.

Le pus de l'ovarite suppurée est ordinairement épais, crémeux, verdâtre, souvent très fétide ; sa quantité est très variable, mais il est rare qu'elle atteigne 200 à 300 grammes. Quant au volume de l'organe lui-même, il n'est jamais énorme : c'est celui d'une noix, d'un œuf, d'une mandarine, rarement davantage.

La période inflammatoire passée, ces diverses lésions peuvent rétrocéder, et on a même vu des abcès volumineux se terminer par résolution et disparaître complètement ; mais, dans les cas graves, le retour à l'état normal est bien rare : la maladie a, au contraire, la plus grande tendance à devenir chronique.

L'ovarite chronique se présente sous plusieurs formes, ou plutôt sous deux formes principales : l'*hypertrophique* et l'*atrophique*.

Dans la première, il y a hyperplasie du tissu conjonctif, augmentation du volume de la glande ; cette hyperplasie peut être limitée à la zone corticale ou intéresser la totalité du parenchyme ; dans tous les cas, elle compromet sérieusement la vitalité des follicules.

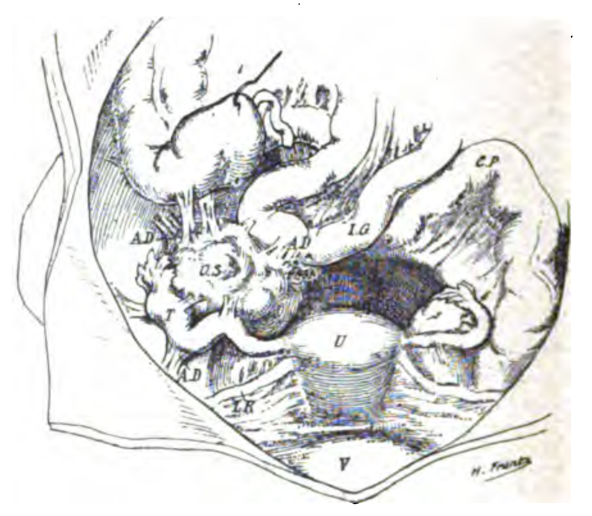


Fig. 196. — Ovarite suppurée avec adhérences à l'intestin et à la trompe.

Quant à l'ovarite atrophique, elle est en quelque sorte l'aboutissant de la forme précédente ; l'ovaire est petit, ratatiné, mûriforme, très dur ; les follicules ont disparu ou sont très rares ; on y trouve parfois quelques kystes folliculaires et des ectasies lymphatiques. La glande est pour ainsi dire détruite.

Quelques auteurs (Pozzi, Bonnet et Petit, Pilliet, etc.) font rentrer dans la catégorie des ovarites infectieuses chroniques les *ovaires scléro-kystiques*, que d'autres considèrent, au contraire, comme une entité morbide distincte et indépendante de toute intervention microbienne. Bien que nous

nous rangions, sans réserve, à cette dernière opinion, nous pensons, toutefois, qu'il y a lieu de se demander si l'infection ne pourrait pas, dans certaines conditions, provoquer des lésions très analogues, sinon identiques, à celles de la dégénérescence micro-cystique. Et, de fait, l'anatomie pathologique nous montre, dans des ovaires atteints de lésions infectieuses manifestes, à côté de cavités pleines de pus, à côté de zones d'infiltration embryonnaire, de petites dilatations kystiques absolument identiques aux kystes folliculaires de la dégénérescence scléro-kystique. Quelques-uns n'ont voulu voir là que le fait d'une coïncidence pure et simple, en faisant observer que les porteuses d'ovaires micro-cystiques ne sont pas à l'abri d'une infection tubo-ovarienne. Cette objection est juste, mais il nous semble qu'il serait exagéré de la généraliser, de l'appliquer à tous les cas, car les observations de ce genre sont trop fréquentes pour n'être pas autre chose que l'effet du hasard. Cette concession faite aux partisans de l'origine infectieuse de la maladie n'implique nullement que l'ovarite scléro-kystique ne constitue pas une maladie primitive, essentielle, non microbienne, attendu qu'elle s'observe aussi bien chez les multipares que chez les nullipares et les vierges, aussi bien chez les femmes atteintes d'infection péritonéo-annexielles que chez celles qui n'ont aucun passé génital microbien et dont la muqueuse utérine et le péritoine n'offrent, en dehors des altérations scléro-kystiques que nous étudions, aucun vestige, aucun stigmate d'une infection contemporaine ou antérieure.

Évolution des lésions. — Il est tout à fait exceptionnel que l'ovaire soit seul atteint ; en général, les lésions débutent par la trompe et se propagent ensuite à l'ovaire ; mais les deux organes peuvent être touchés simultanément.

Trompe. — Tout peut se terminer par résolution et *restitutio ad integrum :* le fait a été observé même dans des cas de salpingite suppurée ; il n'en est pas moins certain que, dans les formes graves, le passage à l'état chronique avec dégénérescence fibreuse de l'oviducte constitue, pour ainsi dire, la règle.

Au cours de son évolution, il est assez rare que le pyosalpinx se vide dans l'utérus ; la rupture de la poche peut survenir sous l'influence de la surdistension, ou à la suite d'un traumatisme, ou encore par l'effet d'une torsion de l'organe sur son pédicule. L'épanchement du pus dans le péritoine est presque toujours suivi d'une péritonite mortelle, à moins que la collection soit stérile. Il peut arriver aussi que la poche s'évacue dans une cavité artificielle circonscrite par des fausses membranes ; on a alors une *péritonite enkystée* sans gravité immédiate. Enfin, on a vu la trompe kystique contracter des adhérences avec le rectum, la vessie, le vagin, la paroi abdominale, et s'ouvrir dans une de ces cavités. L'ouverture dans le rectum est la plus commune, *elle constitue même un mode de guérison spontanée.*

Nous avons déjà vu que le pyosalpinx peut se changer en hydrosalpinx, que l'hématosalpinx peut s'infecter et suppurer, qu'il est souvent la conséquence d'une hémorragie survenue dans un kyste tubaire séreux ou purulent, etc.

Ovaire. — Les mêmes considérations s'appliquent à l'abcès ovarique : la glande peut être intéressée dans une torsion tubaire ; on a vu de gros abcès ovariens s'ouvrir dans le rectum, dans le péritoine, comme le font les pyosalpinx. Si l'infection a été très grave, le processus aboutit ordinairement à la sclérose totale de l'organe et à la suppression de sa fonction.

Symptômes. — Nous avons dit que la salpingo-ovarite est une *affection secondaire*, qu'elle succède *presque toujours* à une infection de l'endomètre, à une endométrite.

Dans certains cas, relativement peu fréquents, l'invasion de la trompe et de l'ovaire est, pour ainsi dire, contemporaine de la contamination utérine : le début est soudain, bruyant, fébrile, accompagné de douleurs vives, de météorisme, de vomissements ; l'infection a touché simultanément le vagin, l'utérus, les annexes et le péritoine pelvien ; il y a eu là une véritable *lymphangite pelvienne*. Dès les premiers jours, le toucher vaginal révèle la présence de collections tubaires volumineuses. Ces formes graves relèvent

ordinairement de l'infection blennorragique. M. le professeur Pozzi en a observé plusieurs cas.

En règle générale, la maladie s'installe d'une manière plus insidieuse, et elle n'est reconnue qu'après la disparition des phénomènes aigus qui ont accompagné l'endométrite, point de départ de tout le mal. Plusieurs formes sont, d'ailleurs, à considérer. Tantôt on voit les lésions annexielles se manifester immédiatement après la guérison ou la rémission de l'inflammation utérine, et, dans ce cas, la salpingite ne fait que continuer la métrite ; d'autres fois, un laps de temps plus ou moins considérable s'est écoulé entre l'évolution de l'endométrite et l'apparition des troubles annexiels ; l'amélioration a été telle que la malade s'est crue définitivement guérie : elle ne pensait plus à son mal, lorsque, sous l'influence d'une cause banale, à l'occasion des règles ou même sans motif appréciable, une rechute éclate, qui rappelle de tous points la première atteinte, et l'examen du pelvis montre des annexes plus ou moins sérieusement touchées. Chez quelques femmes, c'est la métrite qui semble traîner en longueur : bien que les symptômes aigus se soient notablement amendés, la malade se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, de tiraillements lombaires, elle marche courbée en deux, etc. ; à l'examen, on trouve une métrite chronique compliquée de salpingite unie ou bilatérale ; enfin, dans un certain nombre de cas, et ce sont peut-être les plus fréquents, l'infection initiale a passé presque inaperçue : la malade se rappelle avoir souffert du ventre il y a deux ou trois ans ; depuis lors, elle a de la pesanteur hypogastrique, des tiraillements lombaires; mais ce qui la préoccupe surtout, c'est une leucorrhée abondante, jaunâtre et rebelle. En l'examinant, on découvre des annexes déjà sérieusement touchées.

En dehors des poussées aiguës, les *symptômes fonctionnels* de la salpingo-ovarite n'ont rien de bien caractéristique ; les douleurs spontanées ne diffèrent pas sensiblement de celles éprouvées par les femmes atteintes d'endométrite ordinaire ; elles consistent principalement en sensations de pesanteur dans la région hypogastrique avec irradiations douloureuses à la partie supérieure des cuisses, au périnée, dans la région lombaire, etc. Néanmoins, à l'occasion de la marche, de la

station prolongée, surviennent assez souvent de véritables crises ayant leur maximum d'intensité sur les côtés de l'utérus ; ce maximum est souvent unilatéral et correspond au siège des lésions annexielles les plus graves ; il y a là une localisation du mal qui ne s'observe guère dans l'endométrite simple et qui constitue une notion assez précieuse pour le diagnostic.

Toutefois, il convient d'ajouter que rien n'est plus variable que l'intensité de ces phénomènes douloureux ; certaines femmes souffrent d'une manière continuelle et ne peuvent trouver de soulagement que dans la position couchée ; chez d'autres, la douleur est très supportable, souvent elle leur permet de vaquer à leurs occupations ; d'autres, enfin, ne souffrent réellement que pendant la durée de leurs règles, pendant lesquelles elles sont obligées de garder le décubitus dorsal, et, celles-ci passées, recouvrent une santé à peu près satisfaisante.

En somme, en dehors des crises de péri-salpingite et de pelvi-péritonite, ce n'est pas tant l'*intensité* que la *ténacité* des *douleurs* qui fait de ces patientes de véritables infirmes.

Du côté de la menstruation, on observe des troubles qui ne dépendent pas plus de la salpingite que de la métrite chronique dont ces femmes sont presque toujours affligées. Assez souvent l'écoulement est abondant, exagéré et s'accompagne de coliques utérines intenses ; mais il peut être normal ou complètement absent ; les métrorragies proprement dites ne sont pas très fréquentes ; enfin, la plupart de ces malades ont des pertes leucorrhéiques abondantes, dont il faut surtout accuser l'endométrite concomitante, car il est tout à fait rare, quoi qu'en aient dit certains auteurs, de voir une collection tubaire se vider dans l'utérus et dans le vagin. On peut même se demander si ce phénomène est matériellement possible.

On voit, par ce qui précède, que les troubles fonctionnels des oophoro-salpingites n'ont aucun caractère pathognomonique : c'est à peine s'ils se distinguent de ceux de la métrite simple par leur intensité qui est plus marquée, et encore pas dans tous les cas.

Il n'en est pas de même des *signes physiques*.

Le *toucher vaginal seul* ne donne que des renseignements incomplets, toujours insuffisants ; on s'aperçoit bien que l'utérus n'a pas sa mobilité ordinaire, que les culs-de-sac vaginaux ne sont pas normaux, mais il est impossible d'affirmer autre chose.

On peut en dire autant de la *palpation abdominale isolée;* elle réveille toujours de la douleur dans la région annexielle ; souvent même elle permet de percevoir un certain empâtement ou bien une véritable tuméfaction, à la condition, bien entendu, que l'abdomen ne soit pas météorisé ; s'il y a du ballonnement — et il y en a toujours dans les cas un peu aigus, — cet examen est impossible.

Quant à la *percussion*, elle ne peut révéler de la *matité* que s'il existe des collections ou des tumeurs annexielles assez considérables, et cela, bien entendu, en l'absence de tout ballonnement.

Le *toucher rectal* est souvent très utile, il nous renseigne sur le contenu de la cavité de DOUGLAS : nous avons déjà vu que les annexes enflammées peuvent tomber dans ce cul-de-sac et y contracter des adhérences. Avec le doigt introduit dans le rectum, on constate que cette région est occupée par une collection liquide ou par une masse plus ou moins volumineuse, de consistance inégale, très douloureuse à la pression ; assez souvent on reconnaît que cette tuméfaction empiète sur l'un des culs-de-sac latéraux du vagin, plus rarement sur les deux à la fois.

C'est la *palpation bimanuelle*, l'*exploration vagino-abdominale*, qui permet de découvrir des signes de certitude ; seule elle peut donner des renseignements complets et précis sur l'état de l'appareil utéro-annexiel ; elle s'impose donc dans tout examen gynécologique, qu'il y ait, ou non, lieu de soupçonner une infection tubo-ovarienne. Nous avons déjà insisté sur la technique de ce mode d'examen, il nous semble inutile d'y revenir. Voyons, maintenant, quel parti on en peut tirer.

Par la palpation bimanuelle, on reconnaît tout d'abord que l'utérus n'a plus sa mobilité normale et que l'impulsion qu'on lui imprime avec le doigt introduit dans le vagin provoque une douleur souvent assez aiguë pour faire pousser

un cri à la malade. Cette diminution de la mobilité est très variable, elle peut aller jusqu'à l'immobilité complète, si les lésions sont bilatérales et accompagnées d'exsudats péritonéaux étendus. En même temps, on trouve le col dévié soit à droite, soit à gauche, plus rarement en haut ; cette déviation s'observe généralement dans les cas d'annexite unilatérale ou bien lorsque, chez une malade atteinte de salpingo-ovarite double, les lésions sont plus développées d'un côté.

En portant ses investigations sur les parties latérales de l'utérus, dans la région des culs-de-sac vaginaux, le chirurgien constate la présence d'une masse vaguement arrondie, de consistance plutôt ferme, très douloureuse à la pression des doigts, parfaitement distincte de la matrice ; en réalité, rien de plus variable que le volume, la forme, la consistance des tumeurs annexielles. Tantôt, c'est une véritable poche fluctuante, qui descend jusqu'au cul-de-sac latéral auquel elle adhère, tandis que ses limites supérieures se perdent en haut et en arrière, au delà du fond utérin ; d'autres fois, on découvre une masse beaucoup plus petite, bien sentie par la main placée sur le ventre, mais à peine accessible au doigt introduit dans le vagin ; ou bien encore, c'est dans le cul-de-sac de DOUGLAS que l'on trouve la tumeur annexielle, tandis que l'utérus est repoussé en avant et un peu en haut. Dans certains cas, ces masses existent à peu près égales de chaque côté de la matrice, ou bien il y a une très notable différence de volume entre la tumeur du côté droit et celle du côté gauche ; parfois, on trouve, d'un côté, une tumeur grosse comme une mandarine, tandis que la salpingo-ovarite du côté opposé se présente sous la forme d'un magma énorme, diffus, remplissant le cul-de-sac de Douglas ainsi que le cul-de-sac latéral. Enfin, il peut arriver que la poche tubaire, quoique volumineuse, s'est portée en haut et en dehors, a contracté des adhérences avec l'épiploon et avec la paroi pelvienne postérieure, de sorte que la main placée dans le vagin ne sent absolument rien.

En général, la tumeur salpingienne se distingue assez nettement de la paroi utérine ; il peut même y avoir un véritable sillon entre les deux organes ; mais le contraire n'est pas très rare non plus : la trompe et l'ovaire forment alors

une masse soudée à la matrice, masse grosse comme une mandarine et quelquefois assez dure pour faire croire à l'existence d'un petit fibrome sous-péritonéal.

La consistance des tumeurs ovaro-salpingiennes est très variable ; entre la dureté presque ligneuse de certaines salpingites chroniques hyperplastiques et la souplesse des trompes pleines de sérosité ou de pus, il y a tous les intermédiaires ; en général, la tumeur est un peu molle ou assez dure ; la mollesse excessive, comme la dureté ligneuse, se rencontrent rarement ; et l'on peut en dire autant de la fluctuation parfaite, à moins qu'il ne s'agisse d'une poche assez volumineuse, à parois minces, et placée de façon à pouvoir être facilement saisie entre les doigts qui pressent la paroi abdominale et ceux qui explorent par le vagin.

En résumé, on peut, au point de vue des signes physiques, caractériser la salpingo-ovarite de la manière suivante : tumeur latérale par rapport à l'utérus, grosse comme un œuf, une mandarine, ou comme une pomme, peu mobile, nettement distincte de la matrice, de consistance plutôt ferme, très sensible à la pression des doigts.

Diagnostic. — Chez toute femme atteinte d'endométrite chronique, on peut, on doit même soupçonner l'existence d'une infection annexielle, car, malheureusement, celle-ci n'est que trop souvent la conséquence de celle-là. Néanmoins, avec la seule notion des symptômes fonctionnels, il serait téméraire de vouloir se prononcer : la recherche et l'étude des signes physiques est indispensable pour pouvoir formuler un diagnostic.

L'examen direct de l'appareil utéro-ovarien, c'est-à-dire le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, s'impose toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une endométrite, surtout s'il s'agit d'un cas datant de plusieurs mois ou de plusieurs années. L'exploration méthodique de l'excavation pelvienne fait découvrir, sur l'un des côtés de l'utérus ou sur les deux à la fois, une tuméfaction, une masse irrégulière, dépassant rarement le volume d'une orange, immobile ou peu mobile, ordinairement — mais pas toujours — séparée de la matrice par un sillon plus ou moins

accusé ; cette masse est généralement bien distincte de l'utérus et toujours sensible à la pression des doigts.

En général, c'est en palpant du côté des culs-de-sac latéraux que l'on perçoit la tumeur annexielle ; mais il n'est pas rare de la trouver prolabée dans la cavité de Douglas ; ou bien encore, les annexes enflammées forment un magma diffus qui empiète à la fois sur le cul-de-sac postérieur et sur l'un des culs-de-sac latéraux. Fait important à retenir, la mobilité normale de la matrice est toujours diminuée, quelquefois nulle ; dans ce dernier cas, les lésions sont bilatérales et l'organe de la gestation se présente comme enclavé dans un bloc massif qui remplit le petit bassin.

Lorsque ces signes physiques se rencontrent chez une malade depuis longtemps atteinte d'endométrite et sujette à des poussées de péritonite localisée, le diagnostic d'infection annexielle, de salpingo-ovarite peut être considéré comme à peu près certain ; nous disons *à peu près* certain, car il est peu d'affections qui donnent lieu à d'aussi fréquentes erreurs que celle dont nous parlons.

On a prétendu que les salpingo-ovarites pouvaient simuler toutes les maladies du petit bassin. Cette proposition nous semble un peu exagérée ; il n'en est pas moins certain que les causes d'erreur sont extrêmement fréquentes.

Ainsi, à la période aiguë des accidents, il est arrivé à plus d'un chirurgien de prendre une salpingite droite pour une *appendicite*, et réciproquement ; la confusion est d'autant plus facile que ces deux processus peuvent exister simultanément. Néanmoins, il faut se souvenir que, dans l'appendicite, le toucher vaginal est négatif, que le point de Mac Burney siège sensiblement plus haut que la zone douloureuse de la salpingite ; enfin, la mobilité de l'utérus n'est pas compromise. Cependant, les formes graves de l'infection appendiculaire peuvent s'accompagner d'*énormes exsudats pelviens qui remplissent tout le petit bassin et enveloppent la matrice comme dans une gangue*. Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre : la confusion ne cessa qu'après la résorption des exsudats, ce qui permit de constater l'intégrité absolue des annexes droites et l'existence d'un point douloureux des plus nets au siège précis indiqué

par Mac Burney. L'opération pratiquée à froid ne fit que confirmer nos prévisions.

Lorsqu'il y a coexistence d'appendicite et de salpingo-ovarite, c'est ordinairement l'appendicite qui est méconnue, surtout si les lésions annexielles s'accompagnent d'exsudats de pelvi-péritonite. Il est bon, toutefois, de se rappeler que l'étude des troubles digestifs peut fournir d'utiles renseignements.

Quant à la salpingo-ovarite chronique, les maladies susceptibles de la simuler sont la *rétroversion*, certains *kystes ovariens au début de leur évolution et* certains *petits fibromes*.

La confusion avec la rétroflexion n'est possible que pour un chirurgien bien peu expérimenté ; la saillie formée dans le cul-de-sac vaginal postérieur par le fond de l'utérus rétrofléchi ne rappelle que de fort loin des annexes enflammées et prolabées dans le Douglas ; il suffira de constater l'absence de ce fond du côté de la symphyse pubienne, la modification subie par l'axe utérin, l'intégrité des annexes, etc., pour éviter une aussi grossière erreur.

Il n'en est pas de même quand il s'agit de distinguer un petit kyste ovarique d'une trompe kystique (hydro ou pyo-salpingite) ; ici, la confusion est souvent inévitable ; néanmoins l'étude des commémoratifs peut être d'un précieux secours : les femmes atteintes de salpingite kystique sont rarement exemptes d'endométrite ou simplement de cervicite chronique ; elles sont sujettes à des poussées aiguës de péritonite pelvienne, etc., tous symptômes qui font ordinairement défaut chez les porteuses de kystes ovariens.

Certains petits fibromes sous-péritonéaux siégeant à la face postérieure ou vers les bords de l'utérus peuvent simuler, à s'y méprendre, une tumeur salpingo-ovarienne ayant contracté des adhérences avec l'organe de la gestation ; la confusion est d'autant plus aisée que ces petits corps fibreux ne s'accompagnent ni d'une augmentation appréciable de la cavité utérine, ni de métrorragies. Ici encore, les commémoratifs pourront servir à résoudre la difficulté, en attestant que le malade n'a jamais eu de crise de pelvi-péritonite ; l'absence d'endométrite est également un bon signe en faveur d'une tumeur fibreuse.

Malheureusement, les renseignements fournis par les malades ne sont pas toujours très précis ; d'une autre part, rien n'empêche une femme d'avoir de l'endométrite et en même temps un petit myome sous-péritonéal qui simule à s'y méprendre une tumeur inflammatoire des annexes ; il est alors impossible de ne pas se tromper, et seule l'ouverture du ventre pourra trancher la question.

La *grossesse ectopique* peut, elle aussi, au début de son évolution, faire croire à l'existence d'une annexite ; la suppression des règles, la mollesse du col permettront de faire le diagnostic. La confusion est inévitable, si l'écoulement sanguin persiste — ce qui se voit quelquefois — et si les autres symptômes (mollesse du col, troubles digestifs et nerveux) ne sont pas suffisamment caractérisés. Cette fois encore, c'est la laparotomie qui mettra un terme à l'incertitude du chirurgien.

Marche et complications. — Après une période d'acuité d'une durée de huit, quinze, vingt jours, mais qui, quelquefois, se prolonge pendant un et même deux mois, la salpingo-ovarite peut aboutir à la résolution pure et simple et même à la *restitutio ad integrum* des organes atteints. C'est la guérison complète et définitive. Malheureusement cette heureuse terminaison ne constitue pas la règle ; beaucoup plus souvent, les lésions passent à l'état chronique. Il se déclare une amélioration, souvent assez accusée pour donner l'illusion d'une guérison réelle. Puis, sous l'influence d'une fatigue, d'un écart de régime, d'une impression de froid, ou bien sans cause appréciable, le mal assoupi se réveille, les douleurs reparaissent ainsi que la fièvre et le météorisme, et l'on assiste à une nouvelle poussée de salpingo-ovarite semblable à la première, quelquefois plus légère, souvent plus grave, poussée nouvelle à laquelle succédera encore une amélioration passagère. Ces rechutes peuvent ainsi se renouveler pendant des mois et même des années, en laissant, après elles, des lésions pelviennes toujours aggravées. A moins qu'une intervention opportune ne vienne mettre un terme à cette succession de *péri-métro-salpingites*, les malades amaigries, épuisées par la souffrance,

se cachectisent peu à peu et finissent par succomber à des accidents d'infection chronique ou à quelque complication soudaine, telle que la péritonite généralisée aiguë.

Nous venons de dire que la poussée de salpingo-ovarite est ordinairement suivie d'une période d'accalmie qui fait croire à une guérison véritable. Chez certaines femmes, cette amélioration est insignifiante, il s'agit plutôt d'une détente des accidents aigus, car la malade continue de souffrir presque sans interruption ; elle se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, accompagnée de tiraillements lombaires, elle marche courbée et passe presque tout son temps étendue sur une chaise longue. Cet état peut persister pendant des semaines, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise aiguë, fébrile, l'oblige à reprendre le lit et à se soumettre au traitement suivi lors de la précédente rechute.

Parfois, la période aiguë initiale fait défaut, passe inaperçue, ou se réduit à un léger mouvement fébrile accompagné d'un peu de ballonnement et de quelques douleurs aiguës : la salpingo-ovarite évolue alors *chroniquement d'emblée*. La fièvre tombe vite, la réaction péritonéale se dissipe promptement, mais il persiste un endolorissement de toute la région hypogastrique avec prédominance dans l'un des côtés, endolorissement à peu près permanent, mais exaspéré par la station, la marche ; la malade devient une véritable infirme, condamnée au repos et à la chaise longue, sans préjudice des poussées de pelvi-péritonite aiguë, qui ne manquent jamais de survenir de temps en temps. Ces crises aiguës au cours de la salpingo-ovarite chronique d'emblée peuvent revêtir une intensité extrême et même se terminer par une péritonite généralisée mortelle.

Enfin, il ne faut pas oublier que ces malades sont exposées à des complications, à des accidents soudains, de gravité variable. La *rupture* de la trompe devenue kystique a été signalée par tous les auteurs ; elle est due soit à la *distension spontanée* excessive de la poche, ce qui est très rare, soit à un *traumatisme* (chute sur le ventre, contusion directe de l'abdomen, contraction musculaire violente). S'il s'agit d'une collection *séreuse* ou *hématique stérile*, l'accident ne présente ordinairement pas de gravité, le liquide épanché est plus ou

moins rapidement résorbé. Il en est tout autrement lorsque c'est une *pyosalpingite* qui s'ouvre dans le ventre ; si l'on n'intervient pas immédiatement, la malade est fatalement emportée par une péritonite aiguë généralisée[1]. Le diagnostic en est fort difficile, et les deux affections avec lesquelles la confusion est fréquente sont l'*appendicite aiguë perforante* et l'*hématocèle pelvienne*. Très heureusement, il s'agit là d'un accident rare. Beaucoup plus souvent, la poche s'ouvre dans un organe voisin avec lequel la trompe et l'ovaire ont contracté des adhérences. C'est ordinairement dans le rectum que s'évacue la collection ; l'ouverture dans le vagin, dans la vessie, dans l'intestin grêle, dans l'uretère sont des terminaisons infiniment plus rares. On peut en dire autant de l'épanchement du pus dans la fosse iliaque, dans la cavité pré-vésicale, etc. Ces deux derniers accidents peuvent être le point de départ de phlegmons pelviens, comme nous le verrons plus loin. Assez souvent, l'ouverture d'une trompe purulente dans le rectum ou dans le vagin équivaut à une guérison spontanée. D'autres fois, après une période plus ou moins longue de répit, qui fait croire à une guérison définitive, une nouvelle poussée éclate, un nouvel abcès tubaire se forme, qui peut encore se vider par la même voie. Ou bien l'orifice de communication entre le rectum et la trompe persiste indéfiniment, une véritable fistule s'organise avec suppuration intarissable. « Au bout de quelques attaques, dit Pozzi, la malade demeure affaiblie, en proie à une petite fièvre hectique qui l'épuise ; une anorexie invincible est un des caractères les plus frappants de cet état morbide ; il est des femmes qui ne peuvent plus supporter aucun aliment, qui les vomissent tous, et qui meurent littéralement d'inanition. Il existe un autre type clinique où la fièvre, permanente ou intermittente, ne provoque presque pas de réaction, mais entraîne graduellement un dépérissement général. »

Un fait sur lequel il importe d'attirer l'attention, c'est que

1. Il faudrait pouvoir opérer dans les 12 premières heures; au bout de 48 heures, le pronostic opératoire devient très sombre: d'après M. Lejars, 80 0/0 des opérées succombent rapidement (1911).

chaque poussée, chaque rechute de salpingo-ovarite laisse presque toujours à sa suite des ***résidus plastiques***, qui, sous la forme d'adhérences, établissent des connexions anormales entre les annexes, l'utérus, l'épiploon, l'intestin, la vessie, les parois pelviennes, etc. Ces adhérences sont une cause permanente de douleurs, et elles jouent un rôle considérable dans la pathogénie des déviations utérines, comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre consacré à l'étude des rétroversion et rétroflexion (Voyez p. 321). Dans certains cas graves, ces résidus plastiques emprisonnent l'utérus et les annexes dans une véritable gangue fibreuse : l'inflammation est éteinte, on croit pouvoir compter sur une guérison définitive ; en réalité, on se trouve en présence d'une sclérose tubo-ovarienne qui se terminera par l'atrophie complète et définitive de ces organes. Ces malades sont de véritables infirmes, incapables d'une occupation suivie.

Une complication assez rare, mais qui a été bien étudiée par le professeur Pozzi, c'est la *torsion* de la trompe kystique, torsion qui peut être *lente* ou *brusque*. Dans le premier cas, l'accident passe souvent inaperçu. Dans le second cas, on observe des symptômes d'étranglement interne : la malade est prise d'une douleur soudaine, aiguë, syncopale avec vomissements, fièvre, ballonnement du ventre ; le pouls est petit, rapide, la face pâle et grippée, etc. Il s'agit d'un accident identique à celui que l'on a signalé pour les kystes de l'ovaire. On connaît trois cas de mort sur une quarantaine d'observations.

Pronostic. — La salpingo-ovarite est une affection sérieuse, mais l'expérience a bien démontré aujourd'hui que son pronostic *quoad vitam* ne comporte pas la gravité qu'on lui a pendant fort longtemps attribuée ; en d'autres termes, il est rare de voir cette maladie provoquer des accidents rapidement mortels, et, si son pronostic doit être entouré de réserves, c'est à cause des interventions chirurgicales plus ou moins graves auxquelles on est souvent obligé de recourir pour mettre fin aux inévitables rechutes.

« La salpingite catarrhale, disent Schroeder et Hofmeier, est curable et la conception possible après la guéri-

son ; dans toutes les autres variétés, la stérilité est la règle, même quand on parvient à amender les symptômes inflammatoires et à rendre la vie supportable ; de plus, de nouvelles poussées peuvent survenir à la moindre cause... L'hydrosalpingite ne présente d'autre suite fâcheuse que la stérilité ; la rupture de la poche est bien supportée, car le liquide est stérile et ne tarde pas à se résorber... La pyosalpingite est une affection grave, car, sans parler des dangers de la période aiguë, elle dure des années et ne saurait aboutir à la guérison complète. »

A propos du traitement, nous verrons que cette dernière proposition est tout à fait exagérée.

Traitement. — Le traitement des salpingo-ovarites infectieuses est *médical* ou *chirurgical*.

TRAITEMENT MÉDICAL. — SALPINGO-OVARITES AIGUËS. — Sauf dans les cas, relativement rares, où l'intervention chirurgicale s'impose d'urgence, comme, par exemple, lorsqu'on redoute la rupture d'une poche purulente ou l'explosion d'une péritonite généralisée, le traitement des salpingo-ovarites *aiguës* doit être exclusivement médical. Par tous les moyens possibles, on s'efforcera d'obtenir la régression des lésions tubo-ovariennes et la résorption des exsudats péritonéaux qui accompagnent ces lésions.

La base de ce traitement conservateur est le *repos*, et, par ce mot, nous entendons le *repos rigoureux*, *absolu*, dans le décubitus dorsal, la tête basse, les cuisses légèrement écartées et fléchies sur le bassin.

Dans les formes très aiguës, avec fièvre, réaction péritonéale intense, douleurs violentes, les *applications permanentes de glace* [1] sur le ventre sont, aujourd'hui, très recommandées : elles constituent le révulsif le plus énergique dont nous disposions pour combattre l'extension de la phlegmasie et pour favoriser la résorption des exsudats pelviens. Mais, pour produire tout leur effet, il faut que ces applications soient *permanentes*, c'est-à-dire continuées la nuit aussi

1. Pour le détail de ces applications, voir *Généralités*.

bien que le jour, et cela jusqu'à extinction complète de la phase aiguë de la maladie.

La glace agit aussi très bien contre la douleur qui sera encore combattue par des *suppositoires*[1], des *petits lavements sédatifs*[2], que la malade doit garder. En cas d'insuccès, les injections hypodermiques de *chlorhydrate de morphine* rendent de grands services.

Beaucoup de chirurgiens préfèrent recourir aux *topiques chauds ;* ils recommandent d'appliquer sur le ventre soit des cataplasmes ordinaires *très chauds*, soit, ce qui vaut réellement mieux, plusieurs doubles de tarlatane imbibée d'*eau très chaude ;* on aura soin de les renouveler continuellement pour maintenir la paroi abdominale à une température à peu près constante. Il est essentiel que ce pansement humide et chaud *recouvre très largement tout l'abdomen* et qu'il soit continué jusqu'à cessation des phénomènes aigus[3].

Les *injections vaginales avec de l'eau très chaude* (40°, 45°, et même 50° C.) constituent aussi un très bon moyen pour combattre la congestion utéro-pelvienne ; elles seront administrées 2 fois par jour, le matin et le soir, à la dose de 2 à 4 litres chaque fois. L'eau simple stérilisée suffit ordinairement ; l'usage des *solutions antiseptiques* n'est indiqué que si la malade est, en même temps, atteinte de vaginite ou de métrite cervicale avec sécrétions purulentes (*liqueur de Van Svielen* coupée de moitié d'eau bouillie ; *solution de permanganate* à 1 p. 2.000, etc.).

Depuis quelques années, les *lavements chauds* sont très employés pendant la période aiguë des oophoro-salpingites. Il suffit de se rappeler les rapports anatomiques de l'ampoule rectale pour comprendre que le liquide introduit dans

1. Voici une bonne formule de suppositoire : beurre de cacao, 2 gr. ; extrait de belladone, 0gr,03; chlorhydrate de morphine, 0gr,01. On commence par prescrire 1 suppositoire pour la nuit ; en cas de besoin, on peut renouveler deux ou trois fois en vingt-quatre heures.

2. Formule recommandée : antipyrine, 1 gr.; laudanum, X gouttes; eau bouillie, 150 gr. Dose : 1 ou 2 lavements par vingt-quatre heures.

3. On peut remplacer les compresses imbibées d'eau simple par des compresses trempées dans de l'*eau alcoolisée* dans les proportions suivantes : alcool à 90°, 300 gr. ; eau filtrée, 1.000 gr.

cette cavité agit plus directement que par la voie vaginale sur les annexes malades et sur les exsudats du petit bassin. On prescrira donc de *petits lavements* de 100, 200, 300 grammes à la température de 40 à 45°, que le malade gardera pendant un temps suffisant et qui pourront être renouvelés plusieurs fois par jour et même pendant la nuit. Ces lavements seront donnés avec de l'eau stérilisée simple ou avec une infusion de guimauve additionnée de VIII à X gouttes de laudanum de SYDENHAM.

Nous ne saurions trop le répéter, pour obtenir des résultats appréciables, *il faut que ce traitement soit appliqué sans interruption* et *continué pendant longtemps*. On aurait tort de se décourager si l'effet attendu ne s'est pas manifesté aussi vite qu'on l'espérait : il faut, au contraire, s'armer de patience, persévérer dans l'intérêt de la malade et ne quitter la partie que dans les deux circonstances suivantes : 1° *inefficacité absolue après cinq ou six jours d'essai ;* 2° *aggravation des symptômes malgré un traitement scrupuleusement appliqué*. Dans ce dernier cas surtout, il est prudent de ne pas s'obstiner inutilement, car attendre trop longtemps pourrait entraîner les conséquences les plus fâcheuses. Dans l'appréciation de la conduite à tenir, il y a une question de tact qui ne s'enseigne pas : tout dépend du sens clinique du chirurgien appelé à se prononcer [1].

Sous l'influence de cette médication révulsive (application de glace ou compresses chaudes, etc.), on voit très souvent survenir une amélioration considérable, qui, dans certains cas, s'accentue progressivement pour aboutir à la disparition de tous les troubles : c'est la guérison et, quelquefois, la guérison complète et définitive. La crise a duré de deux à quatre semaines. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, après une détente très nette, le mal reste stationnaire ; la fièvre, les douleurs spontanées ont disparu, le ventre est redevenu souple, l'état général s'est très sensi-

1. Pendant toute la durée de la période aiguë, l'*alimentation* de la malade consistera en lait, laitages, jus de viande, œufs battus dans du bouillon, tisane de champagne frappée, grogs légers, etc. L'usage du sulfate de quinine pris à l'intérieur pour combattre la fièvre est aujourd'hui à peu près abandonné.

blement amendé ; mais, en pratiquant la palpation bimanuelle, on s'aperçoit que tout n'est pas encore fini. L'utérus n'a pas recouvré sa mobilité normale et, dans l'un des culs-de-sac ou dans les deux à la fois, il y a encore de l'empâtement et de la douleur à la pression ; ou bien on perçoit une tumeur plus ou moins arrondie, qui est la trompe pleine de pus ou de sérosité. Néanmoins, chez quelques malades, l'amélioration est telle qu'elle donne l'illusion de la guérison : la femme peut marcher sans souffrir et même vaquer à des travaux peu pénibles ; seule l'exploration du petit bassin permet de reconnaître que le foyer n'est pas encore éteint, que les lésions sont passées à l'état chronique.

Ces deux terminaisons : *résolution* ou *passage à la chronicité*, ne sont pas les seules qui succèdent à l'invasion aiguë. Dans un certain nombre de cas, en dépit du traitement le mieux conduit, aucune amélioration ne se déclare : la fièvre, les douleurs, le météorisme persistent ou même s'aggravent. Alors le traitement médical n'a plus sa raison d'être, *il faut intervenir*.

L'insuccès du traitement conservateur suffisamment prolongé, c'est-à-dire pendant six à huit jours, est un indice de mauvais augure ; il doit faire craindre la diffusion du processus vers le péritoine. Dans ces cas, notre seule ressource est la *laparotomie* ou la *colpotomie*.

SALPINGO-OVARITES CHRONIQUES. — Revenons à la salpingo-ovarite chronique. Est-il possible d'en avoir raison par des moyens exclusivement médicaux ? Et, en cas de réussite, peut-on compter sur une guérison définitive ? Ce sont des questions que tous les chirurgiens se sont posées, mais sur lesquelles l'accord n'est pas encore fait.

Pour les uns, « interventionnistes » à outrance, toute femme atteinte de salpingite passée à la chronicité est condamnée à une interminable série de poussées aiguës séparées par des phases de rémission plus ou moins prolongées ; pour mettre un terme à ces inévitables rechutes, il n'est qu'un moyen vraiment efficace, c'est la suppression des annexes malades, la salpingo-oophorectomie unie ou bilatérale ; hors de là, pas de guérison durable possible.

Les partisans exclusifs de la conservation soutiennent, au contraire, que l'intervention sanglante devrait être l'exception. L'impuissance du traitement médical est plus apparente que réelle ; si les malades ont des poussées interminables, c'est qu'elles sont mal soignées, mal surveillées, car il n'est pour ainsi dire pas de salpingite qui résiste à une hygiène bien comprise et à un repos suffisamment prolongé.

A notre avis, ces deux opinions extrêmes renferment une part de vérité. Il est bien évident que les grosses collections tubaires sont presque toujours au-dessus des ressources d'un traitement purement médical ; dans ces formes graves, c'est à l'extirpation qu'il faut recourir si l'on veut obtenir une guérison définitive. Il n'y a non plus rien à espérer du traitement médical appliqué à la cure de certaines salpingites caractérisées par des poussées subintrantes : prétendre guérir ces malades par le repos et les tampons glycérinés, c'est aller au-devant d'un échec certain. Toutes ces formes sont du ressort de la chirurgie. Enfin, il ne faut pas hésiter à conseiller l'extirpation toutes les fois que l'on aura affaire à des femmes appartenant à la classe indigente, car il est exceptionnel que ces malheureuses puissent s'offrir le luxe d'un repos prolongé pendant plusieurs mois, sinon plusieurs années. Comme le dit J.-L. FAURE : « S'il est vrai qu'il y a une chirurgie des riches et une chirurgie des pauvres, et cela n'est malheureusement que trop vrai, c'est ici plus que partout ailleurs que cette distinction doit être établie. »

Ces réserves faites, nous allons examiner ce que l'on doit entendre par *traitement médical des salpingites chroniques*.

Ici encore, comme dans la phase aiguë, c'est le *repos* qui constitue la base du traitement. Mais il ne s'agit plus de condamner les malades à un décubitus dorsal rigoureux, à l'immobilité dans un lit. Une telle sévérité serait hors de saison et risquerait de rebuter la patiente et son entourage. Il suffira d'interdire impitoyablement la marche et la station debout prolongées. En fait d'exercice, on permettra d'abord à la malade de passer de son lit sur sa chaise longue ; on autorisera ensuite de courtes promenades en voiture une ou deux fois par semaine ; enfin, des « séances » de marche seront permises tous les deux ou trois jours, suivies de repos

prolongé au lit pendant plusieurs heures ; en un mot, il sera sage de procéder par tâtonnements et avec la plus extrême prudence, de manière à ne pas s'exposer à perdre le bénéfice acquis. Un point sur lequel on ne saurait trop insister, c'est d'obliger les femmes à prendre le lit pendant toute la durée de la période menstruelle. Combien de rechutes seraient évitées si l'on voulait bien tenir compte de cette importante indication !

Beaucoup de médecins croient sincèrement à l'influence du repos, mais négligent le traitement local, qu'ils considèrent comme parfaitement inutile. C'est un tort. Nous sommes convaincu, au contraire, que la thérapeutique locale mérite toute l'attention du praticien. En effet, comment peut-on soutenir qu'il est superflu de combattre la congestion utéro-pelvienne, principale source des douleurs, de la pesanteur hypogastrique, des tiraillements dont se plaignent les malades ? Dans ce but, une des premières indications à remplir, c'est d'éviter la constipation, de la combattre par tous les moyens possibles. Les purgatifs énergiques sont rarement utiles, tandis que les lavements et les laxatifs rendent les plus grands services. Un bon moyen de lutter contre cette constipation, ordinairement si opiniâtre, consiste à prendre le matin, deux ou trois fois par semaine, une cuillerée à café d'*huile de ricin*. En cas de répugnance invincible pour ce médicament, on prescrira la *cascara sagrada* à la dose de 0,25 à 0,30 centigrammes pris avant le repas du soir ou bien au moment de se mettre au lit ; le *podophyllin*, l'*évonymine*, l'*aloès* peuvent être aussi conseillés alternativement avec la cascara, afin d'éviter l'accoutumance. Chez certaines femmes, la constipation est telle qu'on est bien obligé d'associer aux laxatifs des lavements émollients quotidiens, préparés à la *guimauve*, à la *farine de lin*, à l'*huile d'amandes douces ;* les *suppositoires glycérinés* sont aussi très utiles. Mais, à notre sens, rien ne vaut, à ce point de vue, le *massage abdominal*, le *massage de l'intestin*, qui doit être pratiqué par des mains expérimentées, et qu'il faut se bien garder de confondre avec le *massage gynécologique.*

Méthodiquement employé, c'est-à-dire par une spécia-

liste au courant des manœuvres, ce moyen réussit toujours, et il offre, en outre, l'avantage, bien appréciable aussi, de ne fatiguer ni l'estomac ni l'intestin, car il permet de supprimer les purgatifs, lavements, etc. Le seul reproche qu'on ait le droit de lui adresser, c'est d'être coûteux et nullement à la portée de toutes les ressources.

Les injections vaginales chaudes, les irrigations rectales chaudes sont ici moins efficaces que lorsqu'il y a des lésions aiguës, des exsudats péritonéaux récents. On pourrait s'en passer sans grand inconvénient. Peut-être faut-il en dire autant des *compresses de Priessnitz*, de l'*application des compresses résolutives de Salies-de-Béarn*, etc. Nous ne voulons pas dire par là que la révulsion soit inutile ; nous sommes, au contraire, fermement persuadé que, dans les formes chroniques, la médication révulsive est plus indiquée que jamais ; seulement c'est par d'autres moyens, croyons-nous, qu'il convient de la réaliser. Parmi ces moyens, le plus actif est, à notre avis, l'usage des *pointes de feu* appliquées sur la région hypogastrique du côté des annexes malades ; deux ou trois séances de 50 pointes par mois suffisent ordinairement. Il est rare que ces applications n'amènent pas un soulagement notable, et cela au bout de très peu de temps. Malheureusement beaucoup de femmes refusent énergiquement de se soumettre à cette pratique qu'elles traitent de barbare. On est alors bien obligé de recourir aux petits *vésicatoires volants*. Ce topique, aujourd'hui si décrié, est parfaitement innocent des méfaits dont on s'est plu à l'accuser ; personnellement, il nous a rendu de grands services. Il nous est arrivé de prescrire des séries de 6, 8, 10 vésicatoires chez le même malade, dans l'espace de quatre à six mois ; nous n'avons jamais eu le moindre accident à déplorer. On a essayé de remplacer les cautérisations ignées et les vésicatoires par la révulsion de la peau au *chlorure de méthyle*, mais sans résultats appréciables.

En Allemagne, beaucoup de gynécologistes ont préconisé l'usage des tampons vaginaux à la *glycérine ichthyolée* (ichthyol, 1 gr. ; glycérine, 20 gr.) ou *chloralée* (hydrate de chloral, 2 gr. ; glycérine, 20 gr.), dans le but de faire disparaître les exsudats pelviens. Tous ceux qui ont expérimenté

l'ichthyol en font un grand éloge. En France, cette préparation est à peine connue. Nous l'avons employée dans quelques cas de métrite cervicale légère : il nous a paru agir surtout comme un décongestionnant. Pour pouvoir apprécier utilement ses effets thérapeutiques, il faudrait l'employer à l'exclusion de toute autre médication, ce qui n'a pas encore été fait, du moins à notre connaissance.

Bien d'autres traitements conservateurs ont été proposés, toujours en vue de soustraire les patientes aux risques des interventions radicales ; nous les passerons rapidement en revue, car ils n'ont, jusqu'à maintenant, donné que des résultats incertains ou contradictoires.

Les *émissions sanguines locales* (scarifications, sangsues posées au niveau de la région tubo-ovarienne) peuvent servir à calmer les douleurs de la congestion pelvienne intense ; on ne saurait vraiment compter sur ce moyen pour obtenir des guérisons, ni même des améliorations durables.

Le *curettage* de l'utérus, autrefois très vanté par TRÉLAT, est une pratique infidèle et même dangereuse, surtout lorsque l'inflammation est mal éteinte. TREUB le repousse catégoriquement. En France, il ne compte plus guère de partisans. *Nous n'hésitons pas à le proscrire de la manière la plus formelle*, car nous avons été témoin de deux catastrophes survenues dans le service d'un de nos maîtres.

Très chaudement recommandé par WALTON et par POULLET en 1888, le *drainage prolongé* de l'utérus, *avec dilatation préalable* est, aujourd'hui, très peu employé. Il y a quelques années, on avait cru que cette petite intervention favorisait l'évacuation des collections enkystées de la trompe ; on est bien revenu de cette illusion : la plupart de ceux qui l'ont autrefois vanté le considèrent maintenant non seulement comme inefficace, mais encore dangereux, capable d'aggraver la situation, de provoquer des poussées aiguës du côté des annexes. Tout au plus pourrait-on recourir à la dilatation prolongée simple, sans manœuvres intra-utérines, pour traiter des *formes subaiguës*. Nous avons usé de ce moyen non sans succès dans plusieurs cas prudemment choisis.

Quant au *massage gynécologique* depuis longtemps prôné par THURE-BRANDT, SEIFFERT, RESCH, WEISSENBERG, et

combien d'autres, il compte encore des partisans enthousiastes et des adversaires irréductibles. TREUB le condamne sans la moindre hésitation, tandis que M. J.-L. FAURE le recommande presque « contre les vieilles inflammations refroidies qui sont si souvent rebelles à tous les traitements... » « Nombreuses sont les malades, dit-il, qui, de véritables infirmes qu'elles étaient, ont, grâce au massage, recouvré une santé à peu près parfaite. » M. le professeur POZZI ne lui est pas non plus hostile, mais il veut qu'on le réserve uniquement aux cas de salpingites chroniques « sans aucun soupçon de collection enkystée, afin d'éviter les ruptures possibles et l'inondation du péritoine par un liquide qui peut n'être pas aseptique ».

Le professeur OLSHAUSEN (de Berlin) est très sévère pour le massage gynécologique et pour les masseurs : il estime que les indications de cette méthode sont extrêmement restreintes ; on ne doit y recourir que contre les exsudats paramétritiques, reliquats de processus inflammatoires qui ont leur siège dans le tissu cellulaire pelvien ; et, même dans ces cas, il faut attendre que la nature ait réduit au minimum les hyperplasies conjonctives, c'est-à-dire des mois et même des années, avant de soumettre les patientes à cette thérapeutique. Ce qu'il importe de bien retenir, c'est qu'aucune affection utérine ni annexielle proprement dite n'est justiciable de ce mode de traitement. « Il serait puéril et coupable, ajoute le savant professeur, de l'étendre à toutes les affections gynécologiques, ainsi que le prêchent certains auteurs. » Nous applaudissons de tout cœur à ces sages paroles. On a écrit de gros volumes pour protester contre les abus de la castration. Quand se décidera-t-on à publier les méfaits du massage gynécologique ? Des fibromes pris pour des exsudats pelviens, des grossesses ectopiques prises pour des corps fibreux et consciencieusement massées jusqu'à ce que rupture s'ensuive ! Nous avons eu personnellement l'occasion de rectifier un de ces diagnostics fantaisistes.

Nous devons dire quelques mots de la *cure par l'attitude*, recommandée en 1898 par L. PINCUS (de Dantzig). Cette méthode consiste : 1° à maintenir les malades couchées sur

un plan incliné dont l'angle oscille de 20° à 30°, la tête étant en position déclive ; 2° à exercer une compression méthodique sur la région malade, c'est-à-dire, d'une part, sur l'abdomen au moyen de ceintures spéciales, de poids, etc. ; d'autre part, du côté du vagin, à l'aide du tamponnement, du pessaire à air ou du colpeurynter. D'après M. PINCUS, la position déclive aurait pour effet de favoriser le cours du sang veineux et de prévenir la stase veineuse du pelvis ; d'empêcher le paquet intestinal de peser sur l'utérus et sur les annexes ; quant à la compression exercée sur l'appareil utéro-annexiel du côté du ventre et du côté du vagin, elle aurait pour résultat d'immobiliser les organes malades et de faciliter, par là, la résorption des exsudats pelviens. La durée de ce traitement, auquel on pourrait associer le massage, varierait de plusieurs jours à plusieurs mois (*Zeitschrift für Geb. und Gynäk.*, 1898, t. XXXIX, p. 13).

En terminant, nous devons une mention spéciale au *traitement par l'air chaud*, qui a déjà fourni d'excellents résultats entre les mains de quelques gynécologistes allemands. C'est à M. POLANO [1] (de Greifswald) que l'on doit la première application de cette méthode aux affections utéro-annexielles. On se sert d'un dispositif spécial que nous n'avons pas à décrire ici, et qui réalise un véritable bain d'air chaud pour le bassin et la région hypogastrique. Au début, la température ne doit pas dépasser 100° C. ; elle est portée ensuite progressivement à 120° et même à 140°. La durée de chaque séance est d'une heure. M. FETT conseille de commencer par une séance tous les deux jours, on fera ensuite des séances quotidiennes. Ce traitement est généralement très bien supporté ; quelques malades ont accusé des céphalées légères ; on a noté aussi l'apparition, sur les téguments, d'éruptions pétéchiales tout à fait insignifiantes ; en somme, M. FETT n'a eu à enregistrer aucun accident appréciable, pendant toute la durée du traitement, qui a toujours été de plusieurs semaines consécutives, avec des suspensions au moment des règles. En même temps que ces bains d'air

1. POLANO (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1901, nos 30 et 31).

chaud, on administrait aux femmes des irrigations vaginales très chaudes, qui furent très bien tolérées (au début, 4 à 5 litres d'eau à 45° tous les deux jours, puis 10 litres d'eau à 50° tous les jours). Nous devons ajouter que M. DÜTZMANN

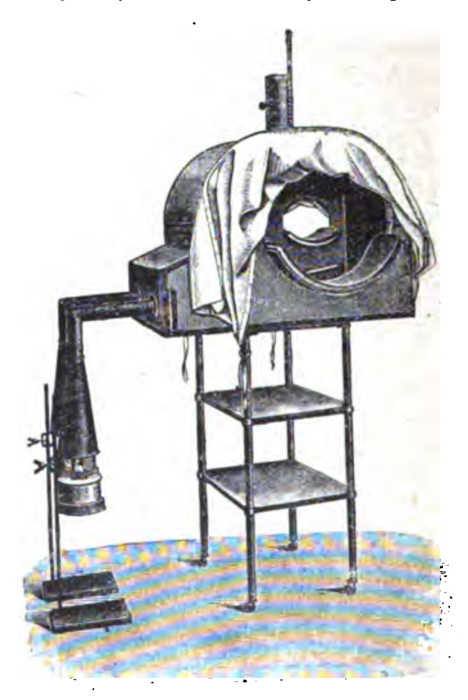


FIG. 197. — Appareil pour le traitement par l'air chaud, de POLANO.

recommande de faire suivre chaque application d'air chaud de lotions à l'eau froide.

Il nous reste à parler des ***résultats éloignés*** du traitement médical. Ils sont très encourageants ; telle est, du moins, l'impression qui se dégage des statistiques publiées ces dernières années. Ainsi, pour le professeur TREUB (d'Amsterdam), la moitié environ des salpingo-ovarites qui se pré-

sentent à l'examen des spécialistes pourraient guérir sans intervention sanglante ; personnellement, il a eu l'occasion de constater 435 guérisons ou améliorations notables sur un ensemble de 612 cas ; et ces bons résultats ont été obtenus par le repos, les applications glacées, les compresses de PRIESSNITZ, les irrigations chaudes, les bains de boues, le séjour à *Franzensbad*, etc. (*Congrès de Madrid*, 1903).

M. HERRMANN [1], assistant du professeur KÜSTNER (de Breslau), déclare qu'il a observé, dans un grand nombre de cas, des guérisons définitives par des moyens exclusivement médicaux ; il est convaincu que le traitement conservateur procure de bons résultats, même dans certaines annexites suppurées.

M. STRATZ [2] a la plus entière confiance dans le traitement médical ; à son avis, la plupart des salpingites pourraient guérir sans intervention sanglante.

MM. PEHAM et KEITLER [3], assistants de CHROBAK (de Vienne), ont vu 74 malades sur 126 guérir radicalement à la suite d'un traitement purement médical, et 20 d'entre elles sont devenues enceintes.

M. NABESKY [4] (service de AMANN, à Munich) rapporte que sur 360 femmes atteintes d'infections annexielles, 50 seulement ont dû leur guérison à une intervention sanglante. Il est persuadé que le traitement conservateur réussit souvent, même dans les formes graves de la maladie.

Pour MM. KROENIG, KNORRE, PINCUS, 90 0/0 environ de ces malades pourraient se passer d'opération.

Mais c'est M. KARL FETT [5] (service de STAMLER à Hambourg) qui a publié les observations les plus intéressantes. De 46 femmes hospitalisées pour les inflammations annexielles, 8 seulement furent opérées, les 38 autres furent soumises au traitement par l'air chaud. Parmi ces 38 malades il y avait 30 cas graves et 8 cas de moyenne intensité ; en tout, on comptait 23 pyosalpinx. Les 8 femmes peu sérieu-

1. HERRMANN (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1900, t. XLII, p. 193).
2. STRATZ (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1900, t. XLII, p. 104).
3. PEHAM et KEITLER (*Beitrage zur Geb. und Gyn.*, 1903, p. 626).
4. NABESKY (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1903, t. XLVIII).
5. FETT (*Monats. für Geb. und Gyn.*, 1905, t. XXII, p. 674).

sement atteintes furent guéries au bout de quatre semaines et purent reprendre leur travail sans inconvénient. Les 30 formes graves se répartissent ainsi : 15 guérisons radicales avec possibilité de recommencer à travailler immédiatement ; 10 guérisons presque complètes et reprise du travail ; 7 améliorations suffisantes pour permettre un travail intermittent ; 6 améliorations insignifiantes ou insuccès réels. La durée du traitement a varié, pour les formes sérieuses, de deux à quatre mois. En somme, pas un seul décès imputable à la non-intervention.

En France, on se montre encore assez sceptique quant à l'efficacité des méthodes conservatrices. Sans doute, l'opération à chaud n'est plus guère approuvée, et il convient de se réjouir de l'abandon d'une pratique qui a fait tant de victimes. Mais l'oophorectomie à froid, l'hystérectomie vaginale, etc., en un mot l'extirpation des organes malades, est encore considérée comme le traitement de choix de l'oophoro-salpingite devenue chronique. Il faut espérer que les succès obtenus à l'étranger finiront par avoir raison de l' « interventionnisme » un peu exagéré de beaucoup de gynécologistes français.

Conclusions. — Le traitement médical des salpingo-ovarites chroniques doit consister dans la mise en œuvre simultanée et successive des principaux moyens que nous venons de passer en revue. Avant tout, c'est sur le ***repos*** qu'il faut insister, c'est lui qu'il faut s'efforcer de faire accepter des malades, et, à ce point de vue, la tâche du praticien est loin d'être aisée, car, pour être efficace, le repos doit être prolongé pendant des semaines, des mois et, ***souvent même, des années*** ; or, comment obtenir d'une malade qu'elle consente à ne pas quitter son lit ou sa chaise longue pendant une ou deux années consécutives ? Prétendre imposer un pareil sacrifice à une femme, presque toujours jeune, c'est aller au-devant d'un refus certain. Il ne peut donc être question que d'un ***repos relatif***. Comme nous l'avons déjà expliqué, on interdira formellement la ***marche***, les ***stations prolongées***, la ***position assise prolongée*** ; mais il faudra bien autoriser la promenade en voiture, en canot et même la

promenade à pied, deux ou trois fois par semaine, à la condition de reprendre l'attitude horizontale à la plus légère sensation de fatigue. Pendant la période menstruelle, le repos absolu au lit est formellement ordonné ; les malades ne s'affranchiront de cette règle sous aucun prétexte ; il ne faut pas oublier que la période des règles est singulièrement favorable aux rechutes ; voilà ce que les femmes devraient avoir toujours présent à l'esprit, et c'est précisément ce qu'elles négligent avec la plus grande facilité ; elles feraient bien de prendre le lit deux ou trois jours avant l'apparition de l'écoulement et de ne le quitter que deux jours après sa cessation complète.

La seconde grande indication à remplir est de lutter contre la constipation et la congestion pelvienne en suivant les prescriptions que nous avons données et sur lesquelles nous n'avons pas à revenir. Il nous suffira de rappeler que de tous ces moyens le plus efficace est le *massage méthodique de l'intestin*.

La *révulsion* ne sera pas non plus négligée, elle constitue une médication adjuvante très utile. Si les espérances données par la méthode de Bier-Polano se réalisent, le *traitement par l'air chaud* passera au premier rang ; il viendra immédiatement après la cure par le repos. Mais attendons de nouvelles preuves avant de le proclamer.

Enfin, le traitement *hydro-minéral* mérite la plus grande confiance, et nous ne saurions trop le recommander aux praticiens. Bien entendu, une seule et même station ne convient pas à tous les cas, et il est bon de rappeler que de telles cures sont généralement contre-indiquées aux personnes atteintes de lésions aiguës mal éteintes. Mais il faut convenir que cette règle comporte de nombreuses exceptions ; nous avons vu des malades porteuses de lésions suppurées à évolution subaiguë et même aiguë revenir des eaux (*Luxeuil* par exemple) avec des annexes décongestionnées et débarrassées de leurs exsudats. Il n'en est pas moins certain que le maniement de ces cas est fort délicat, qu'il faut beaucoup de tact, de sens clinique et d'expérience pour ne pas s'exposer à de lamentables revers.

En revanche, les formes franchement chroniques se

trouvent admirablement des cures hydro-minérales. Au premier rang il faut placer *Luxeuil*, dont la grande douche vaginale (25 à 100 litres d'eau par jour) administrée pendant le bain fait merveille toutes les fois qu'il s'agit de provoquer la résorption d'exsudats purulents ou douloureux : on assiste parfois à de véritables résurrections.

Si c'est l'élément constipation avec l'élément congestion pelvienne qui domine, *Châtel-Guyon* devra être préféré ; pour combattre les exsudats douloureux, on recommandera *Kreuznach* et *Salies-de-Béarn ;* quant aux formes nettement névralgiques, elles seront heureusement influencées par les eaux de *Ragatz*, de *Néris*. Malheureusement une saison ne suffit presque jamais ; il faut donc que les malades se résignent à retourner aux eaux pendant plusieurs années consécutives, si elles tiennent à obtenir des résultats sérieux et durables. Enfin, il y a des annexites chroniques qui réclament des *cures combinées :* ainsi certaines malades commenceront, par exemple, par *Châtel-Guyon*, pour continuer par *Salies* et finir par *Luxeuil*, et réciproquement, soit dans le courant de la même saison, soit en alternant tous les ans. Ces questions délicates ne peuvent être résolues que par le médecin traitant. Il nous est impossible de les discuter ici dans tous leurs détails.

Il faut bien le reconnaître aujourd'hui : il est peu de salpingo-ovarites qui résistent à un traitement médical bien conduit, et, par traitement médical, nous voulons désigner l'ensemble des moyens thérapeutiques que nous venons de passer en revue : le repos, la révulsion, l'hygiène du tube digestif, le traitement hydro-minéral, en un mot tout ce qui constitue la *méthode conservatrice*. En y mettant le temps, en y apportant la patience et les soins nécessaires, il est rare qu'on ne finisse pas par réussir pleinement.

On a reproché au traitement médical d'être inapplicable à cause de sa durée qui, il est vrai, peut se prolonger pendant des mois et même deux ou trois ans, et aussi à cause des dépenses considérables qu'il entraîne. La remarque est très juste, mais elle ne prouve pas que le traitement sanglant soit seul efficace.

En réalité, le traitement médical des annexites chroniques

s'adresse aux femmes qui ont le temps et les moyens de se soigner, aux malades des classes aisées et riches, qui peuvent s'offrir sans se gêner tous les raffinements de la thérapeutique conservatrice ; il est de toute évidence qu'on ne saurait imposer des semaines et des mois de repos rigoureux aux femmes forcées de gagner leur vie par un labeur quotidien et régulier ; la seule voie de salut pour ces dernières, c'est l'intervention chirurgicale ; et intervention chirurgicale ne veut pas dire, comme on ne tend que trop à l'admettre de nos jours, intervention radicale, castration totale ; ces mots doivent, au contraire, servir à désigner : 1° les opérations radicales, qui coupent court à toute possibilité de rechute, mais qui vouent la femme à une stérilité définitive ; 2° les procédés conservateurs, dont les services sont inappréciables : ovariectomie partielle, salpingectomie partielle, résection de la trompe, de l'ovaire, ignipuncture, décollement d'adhérences, etc., etc. ; et, à ce propos, protestons encore une fois contre la déplorable facilité avec laquelle certains chirurgiens mutilent de toutes jeunes femmes sous prétexte de les débarrasser une fois pour toutes des maux qui les accablent !

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le traitement chirurgical des salpingo-ovarites a pour but soit l'évacuation pure et simple des foyers purulents tubo-ovariens, soit l'extirpation partielle ou totale des annexes profondément altérées par l'infection et devenues un danger permanent pour celles qui les portent.

Pour évacuer un foyer purulent annexiel, on peut l'aborder par le vagin ou par l'abdomen ; tout dépend du siège de la collection. Dans le premier cas, on fait une *colpotomie* ; dans le second, une *laparotomie sous-péritonéale*.

COLPOTOMIE. — C'est une très vieille opération, dont usaient autrefois RÉCAMIER, DEMARQUAY, VELPEAU, etc. Elle a été récemment tirée de l'oubli par LAROYENNE (de Lyon) en 1886, puis chaudement recommandée par GOULLIOUD et même par BOUILLY.

La colpotomie est *antérieure*, *postérieure* ou *latérale*, suivant le siège occupé par le foyer qu'il s'agit de débrider.

Dans la grande majorité des cas, c'est dans le cul-de-sac vaginal postérieur que vient faire saillie la trompe purulente prolabée dans la cavité de DOUGLAS. C'est donc une colpotomie postérieure qu'on est ordinairement appelé à pratiquer.

Nous ne reviendrons pas ici sur le manuel opératoire de cette intervention qui a déjà été longuement décrite plus haut ; mais nous allons essayer d'en préciser les indications.

Il est hors de doute que quelques chirurgiens ont multiplié comme à plaisir les cas justiciables de la colpotomie ; à les en croire, il n'y aurait pour ainsi dire pas de pyosalpinx qui ne pût être avantageusement traité par l'incision vaginale ; aussi ne saurait-on trop approuver les opérateurs qui se sont efforcés de réagir contre un engouement aussi irraisonné et qui expose à des revers certains. Avec la plupart des chirurgiens français, nous pensons que la colpotomie est indiquée toutes les fois qu'on est en présence de *collections aiguës bas situées* faisant saillie dans l'un des culs-de-sac vaginaux ; il n'est pas indispensable que la poche adhère à la paroi vaginale, il suffit qu'elle en soit très rapprochée pour que le bistouri puisse l'attaquer sans risquer de léser les organes voisins importants. Faite dans ces conditions, la colpotomie devient une opération facile, bénigne et efficace. Toutefois, il ne faudrait pas attendre d'elle plus qu'elle ne peut donner, ni oublier qu'elle est souvent une *opération d'attente*, permettant de reculer la date de l'intervention radicale. Il n'en est pas moins certain qu'elle peut suffire à amener la guérison.

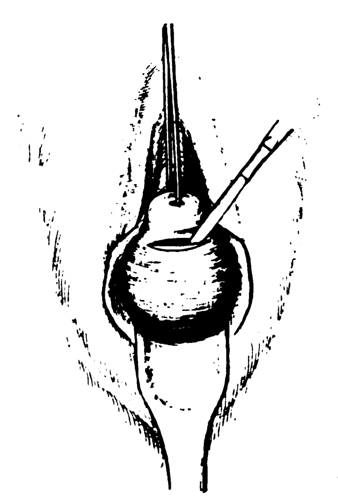


FIG. 198. — Colpotomie postérieure.

C'est pour avoir méconnu ces règles que quelques opérateurs n'ont enregistré que des revers retentissants. Comme

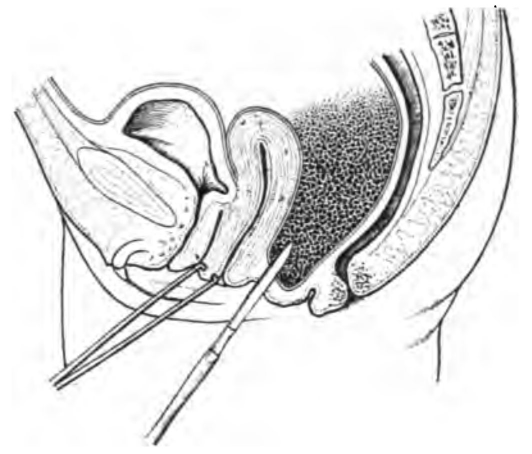


FIG. 199. — Colpotomie postérieure (vue de profil).

le dit très justement M. J.-L. FAURE, « il y a des cas dans

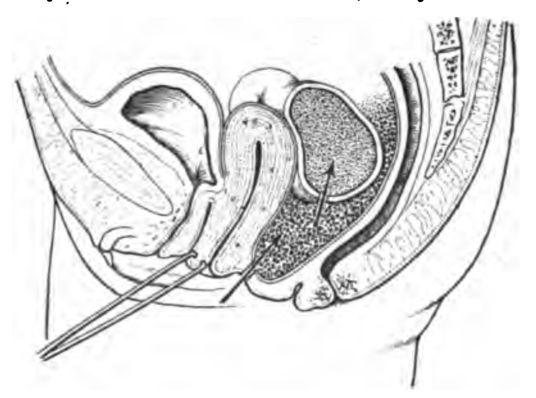


FIG. 200. — Colpotomie et salpingotomie.

lesquels la simple évacuation ne suffit pas, et, lorsqu on se trouve en présence de lésions anciennes des annexes avec

altérations profondes des parois, adhérences épaisses, collections multiples,... il est bien certain qu'il vaudra mieux faire une extirpation complète qui seule pourra conduire à la guérison ».

Il faut en dire autant des lésions haut situées, des poches tubaires très éloignées des culs-de-sac vaginaux, inaccessibles par la voie basse ; et, ici, la colpotomie n'est pas seulement insuffisante, inefficace, elle est encore dangereuse, car, en allant chercher trop loin une poche invisible et à peine accessible au doigt, on risque de piquer un gros vaisseau et de blesser des organes importants, quels que soient le sang-froid et l'adresse de l'opérateur.

En somme, le succès de la colpotomie est subordonné à une étude approfondie des indications ; quoi qu'en aient dit certains auteurs, c'est une opération qu'on doit hésiter à recommander pour le traitement des suppurations tubo-ovariennes ; en revanche, on peut la préconiser sans réserve dans la cure des grands phlegmons pelviens et des suppurations liées à la pelvi-péritonite.

LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE OU EXTRA-PÉRITONÉALE. — Il est bien exceptionnel qu'une trompe purulente vienne se mettre en contact avec la paroi abdominale, et, d'une autre part, on a perdu l'habitude d'aller à la recherche d'un abcès tubaire en décollant le péritoine du haut en bas. Le professeur Pozzi, qui l'avait d'abord préconisée, s'en déclare bien moins partisan aujourd'hui, car « elle a l'inconvénient de ne permettre qu'une incision du foyer, sans réserver la possibilité d'une extirpation ».

Nous pouvons ajouter qu'aujourd'hui personne ne songe plus à employer ce moyen pour traiter des pyosalpinx.

En somme, la laparotomie sous-péritonéale peut être utilisée dans les cas fort rares où le pus d'un phlegmon pelvien vient se collecter sous la peau du ventre ; cette question a été traitée ailleurs.

SALPINGECTOMIE ABDOMINALE, OPÉRATION DE LAWSON TAIT. — L'idée d'enlever les annexes suppurées au moyen de la laparotomie appartient à Lawson Tait, et ce fut le 2 février 1872 qu'il exécuta sa première salpingectomie abdo-

minale pour un cas de tubo-ovarite chronique ; cette date marque l'avènement de la thérapeutique chirurgicale des infections annexielles. C'est donc à juste titre que l'oophoro-salpingectomie par la voie haute a été dénommée *opération de* LAWSON TAIT.

L'exemple donné par le grand chirurgien anglais ne tarda pas à être suivi par une foule d'opérateurs tant en Angleterre qu'en Allemagne, en France et aux États-Unis.

En Allemagne, les tentatives les plus heureuses furent celles de SÄNGER, de HEGAR et KALTENBACH, de A. MARTIN et de LANDAU.

En Amérique, la nouvelle opération fut patronnée par BALDY, par MUNDE et par POLK.

En France, les premières laparotomies pour salpingites furent faites par TERRIER et par TERRILLON. En novembre 1886 l'opération de LAWSON TAIT fit l'objet d'une importante discussion à la *Société de chirurgie de Paris*, discussion souvent reprise depuis et qui, aujourd'hui même, n'est pas encore épuisée. En même temps parurent un grand nombre de thèses et de mémoires, parmi lesquels il nous suffira de citer ceux de LAVIE, de MORDRET, de MONTPROFIT, de REYMOND, de TERRILLON, etc.

La nouvelle opération avait conquis tous les suffrages ; elle régnait déjà depuis quelque temps sans opposition, lorsqu'en 1890 PÉAN imagina d'extirper les annexes malades en passant par la voie basse, par le vagin : il proposa donc l'*hystérectomie vaginale*, c'est-à-dire le sacrifice simultané des annexes et de l'utérus ; il estimait que « la suppression de la matrice facilitait l'évacuation des suppurations pelviennes en supprimant la *bonde* qui ferme la cavité bourrée d'abcès ». La nouvelle méthode avait la prétention — que l'événement, d'ailleurs, a justifié — d'être plus efficace, plus radicale et surtout plus bénigne que sa devancière, l'opération de LAWSON TAIT.

M. PAUL SEGOND fut le premier à applaudir à l'initiative de PÉAN ; MM. RICHELOT et BOUILLY s'empressèrent de l'imiter, tandis que MM. TERRIER, POZZI et la plupart de leurs collègues protestaient de leur inébranlable foi en la supériorité de la laparotomie.

Nous verrons plus loin que l'hystérectomie vaginale risque à son tour d'être, aujourd'hui, supplantée par l'***hystérectomie abdominale.***

Manuel opératoire. — La laparotomie nous est déjà connue dans ses grandes lignes : incision de la paroi, ouverture du péritoine, application de la valve sus-pubienne, disposition des grandes compresses pour protéger l'intestin, etc.; nous n'y revenons donc pas. Inutile aussi d'insister sur les avantages du plan incliné ; nous en avons déjà parlé.

Dans ce qui va suivre, nous ne nous occuperons que de la technique propre à l'extirpation des annexes malades et des poches purulentes.

Il est des cas simples, où tout le mal se réduit à une trompe infiltrée accollée par quelques adhérences à un ovaire également peu touché ; les deux organes forment une petite masse à laquelle est venue se souder une frange épiploïque ; rien de plus facile que de réséquer l'épiploon après ligature ; on passe ensuite à l'ablation de la tumeur tubo-ovarienne, qui s'est laissé pédiculiser sans trop de peine : une ligature est jetée à la base du pédicule, que l'on sectionne au thermocautère immédiatement au-dessus. Toutes ces manœuvres doivent être exécutées sous la protection de compresses stérilisées pour éviter l'épanchement même d'une goutte de pus dans le péritoine.

D'autres fois, on se trouve en présence d'un pyosalpinx type accollé à un ovaire infiltré de pus ; en y regardant de près, on constate que ces organes n'adhèrent aux parties voisines, à l'intestin, que par des filaments très peu résistants. Avec de la patience et un peu d'adresse, on réussit à pédiculiser la trompe kystique sans la déchirer ; si des adhérences en surface s'opposent à la pédiculisation de la poche, on circonscrit celle-ci avec des pinces-longuettes droites et coudées placées à cheval sur le ligament large, qui est sectionné entre les pinces et la tumeur ; grâce à cet artifice, l'extirpation s'effectue sans le moindre danger d'inoculation péritonéale. Il est vrai que cette manœuvre est impossible si le kyste purulent se trouve fixé au plancher ou à la paroi pelvienne ; dans ce dernier cas, le chirurgien est bien forcé

de se servir de ses doigts ou d'une petite compresse ; si l'union n'est pas très intime, avec du temps et de la patience il s'en tirera ordinairement à son avantage.

Malheureusement, on ne tombe pas toujours sur des cas aussi favorables. Parfois, l'utérus apparaît flanqué d'énormes trompes pleines de pus et soudées à une ou plusieurs anses intestinales, sans parler des franges épiploïques qui recouvrent le tout à la façon d'un tablier. Il faut commencer par réséquer les paquets d'épiploon, ce qui peut être assez difficile ; on constate alors que les parois tubaire et intestinale sont unies d'une manière tellement intime qu'il est impossible de les séparer sans léser l'un des deux organes ou les deux à la fois ; bien entendu, c'est la déchirure de l'intestin qu'on doit à tout prix éviter. On essayera de vider la poche au moyen de l'aspirateur, après quoi on la reséquera jusqu'au ras de la partie soudée à l'intestin, qu'on laissera adhérer à celui-ci. Dans d'autres cas, c'est le contraire qui arrive, c'est l'intestin, très altéré, qui cède au moindre effort de décollement ; ou bien encore, les deux déchirures, celle de l'intestin et celle de la trompe, se font simultanément, accidents d'une gravité exceptionnelle, mais devant lesquels on n'est pas absolument désarmé. Il faut se hâter d'essuyer le pus, d'enlever la trompe, après quoi la plaie intestinale sera fermée avec le plus grand soin. Si la cavité péritonéale a été, dès le début de l'opération, convenablement protégée au moyen de grandes compresses, si l'on a eu soin de bien isoler la région où l'on manœuvre, de manière que le pus venant de la poche rompue ou le contenu intestinal soit reçu sur des compresses au lieu de se répandre dans le ventre, l'infection sera souvent évitée. Malheureusement, quelles que soient l'habileté et la rapidité du chirurgien, il est quelquefois impossible, quoi qu'on fasse, de prévenir ces terribles accidents ; le pus tombe dans le pelvis, et l'infection éclate avec toutes ses conséquences.

Il est des formes encore plus graves, dans lesquelles les annexes droites et gauches, l'utérus, l'intestin et l'épiploon, forment un tout où il est impossible de se reconnaître ; dans un cas personnel, les deux trompes, énormes, renfermant chacun 200 à 300 grammes de pus, se rompirent dès l'ou-

verture du péritoine, au moment où le chirurgien essayait de soulever l'épiploon, qui, très infiltré lui-même, formait comme un tablier adhérant aux poches tubaires et à l'intestin. Le pus, horriblement fétide, inonda aussitôt les anses intestinales et se répandit jusque sous le diaphragme, à cause du plan incliné. L'adhérence des poches à l'intestin et à l'utérus était, en certains points, tellement intime qu'on dut se contenter de les reséquer partiellement. Malgré une toilette minutieuse du péritoine et un drainage très complet assuré par plusieurs gros tubes et des mèches, l'opérée succomba *au bout de quelques heures* en état d'hypothermie.

Enfin, il ne faut pas oublier que, dans certains cas, l'impossibilité où l'on se trouve d'enlever les annexes sans courir les risques de les rompre, tient à la fusion intime des poches purulentes avec l'utérus lui-même. Chez ces malades, le sacrifice de la matrice est formellement indiqué, attendu que la gravité d'une hystérectomie abdominale bien faite n'est rien auprès de celle qui résulterait de la rupture d'un pyosalpinx et de l'inondation du péritoine par un pus dont il est impossible de garantir la stérilité. Ce n'est plus une salpingectomie qu'il s'agit de faire, mais une *hystérectomie abdominale pour salpingo-ovarite suppurée*. La technique de cette grave opération fera l'objet d'un chapitre spécial.

L'extirpation unie ou bilatérale réalisée, il ne faut pas omettre de vérifier l'état de l'hémostase, de s'assurer que rien ne saigne, que les pédicules vasculaires sont solidement liés. On procède ensuite à la *péritonisation* des plaies pelviennes, c'est-à-dire qu'on réunit par des sutures au catgut les bords correspondants de la solution de continuité péritonéale, de manière à recouvrir de séreuse toutes les surfaces cruentées et dénudées. Ce dernier temps a une importance capitale aux yeux de tous les chirurgiens.

Il ne reste plus qu'à remettre la malade sur le plan horizontal, à enlever les compresses protectrices et à ramener l'intestin dans le petit bassin.

Mais, avant de fermer le ventre, une question se pose : faut-il drainer de parti pris, dans tous les cas ? Beaucoup de chirurgiens, surtout en Allemagne, ne prennent ce parti que dans les cas exceptionnellement graves, quand il n'y a

vraiment pas moyen de faire autrement ; d'autres placent un drain quand il y a eu rupture d'un pyosalpinx, même si le pus n'a pas touché le péritoine ; enfin, il y a des opérateurs qui drainent systématiquement toutes leurs laparotomisées. A notre sens, le drainage s'impose après toute intervention laborieuse et de longue durée ; s'il n'y a pas eu effusion de pus, un tube nº 25 à 35 suffit généralement ; dans le cas contraire, il est plus prudent de placer deux gros drains disposés en canons de fusil ; quelques auteurs conseillent de les entourer de lanières de gaze aseptique, qui drainent par capillarité.

Quant aux détails du drainage et à la question de savoir s'il vaut mieux drainer par le ventre ou par le vagin, on en trouvera l'exposé complet au chapitre des *Généralités* (Voyez p. 163).

Pour les soins consécutifs : ablation des drains, mèches, fils, etc., nous n'avons rien à ajouter aux recommandations qui ont été déjà faites à propos de l'hystérectomie abdominale pour fibrome ou pour cancer (Voyez p. 94).

Complications. — L'*hémorragie* qui peut se produire au cours de l'opération n'est jamais sérieuse, elle n'est pas comparable aux pertes de sang que l'on observe parfois dans l'hystérectomie pour tumeurs fibreuses. Le vaisseau qui donne sera lié ; si la ligature est impossible, on se contentera de placer une ou plusieurs pinces à demeure, que l'on fera ressortir par la plaie abdominale. L'*hémorragie tardive* sera traitée comme il a été dit à propos de l'hystérectomie ou de l'ovariectomie.

La rupture des trompes purulentes est un accident beaucoup plus fréquent ; nous en avons déjà parlé à propos du manuel opératoire. Grâce aux perfectionnements de la technique, au soin avec lequel on isole l'intestin, cette complication ne comporte plus le pronostic grave d'autrefois ; on peut en dire autant de la *déchirure de l'intestin* ; il faut en excepter, toutefois, les déchirures méconnues, qui, si elles ne provoquent pas fatalement la mort, donnent lieu à des fistules qu'il est souvent très difficile d'oblitérer.

L'*ouverture de la vessie* est assez rare et généralement peu

grave, car la suture immédiate bien faite réussit presque toujours.

Quant à la *péritonite*, à l'*occlusion intestinale*, complications communes à toutes les laparotomies, elles ne donnent lieu ici à aucune considération spéciale.

Pronostic et résultats. — Grâce aux perfectionnements apportés dans la technique opératoire, grâce aussi à une asepsie que l'on a appris à réaliser d'une manière plus parfaite, le pronostic de l'opération de LAWSON TAIT est infiniment meilleur qu'il y a quinze ou vingt ans. Néanmoins, il convient d'ajouter que ce pronostic diffère suivant que le chirurgien a à traiter des lésions suppurées et des lésions non suppurées ; il est infiniment plus sérieux pour les opérées de pyosalpinx. En voici quelques exemples :

M. DELBET a publié dans la thèse de CHAVIN (1896) 55 cas d'oophoro-salpingectomie pour salpingites suppurées avec 4 morts, et 80 cas de la même opération pratiquée pour des annexites non suppurées avec un seul décès, ce qui donne un ensemble de 135 laparotomies à la LAWSON TAIT avec 5 terminaisons malheureuses. De ces 135 femmes, 88 présentaient des lésions bilatérales et 6 seulement des lésions unilatérales.

Les statistiques publiées par MM. TERRIER et HARTMANN, en 1893, comprennent 59 laparotomies pour salpingo-ovarites suppurées avec 7 morts ; celle du professeur POZZI, communiquée par M. A. MARTIN en 1894, signale 65 salpingectomies pour lésions suppurées avec 5 morts, et 91 autres interventions semblables pour annexites inflammatoires non suppurées avec également 5 décès, ce qui fait un total de 156 laparotomies ayant amené 10 terminaisons funestes.

A l'étranger, on trouve des chiffres à peu près semblables : M. FRITSCH avoue 4 morts sur 12 laparotomies pour pyosalpinx ; M. SÄNGER rapporte une série de 37 salpingectomies pour lésions suppurées avec 2 morts ; BARDENHEUER et BLIESENER ont enregistré 4 morts sur 56 femmes opérées pour pyosalpinx ; SCHAUTA-MANDL et BURGER, 13 morts sur 99 cas ; KÜSTNER et HERMANN, 0 mort sur 34 cas.

Voici une dernière statistique, toute récente, publiée par

GUTMANN, concernant les malades opérées à la clinique de Strasbourg de 1904 à 1912 ; elle comprend 100 cas de salpingo-ovarites suppurées, avec 7 morts immédiates. Cette série se décompose comme il suit : 27 femmes ont été traitées par l'ablation bilatérale des annexes, 49 autres n'ont subi que l'extirpation unilatérale ; 16 malades ont été hystérectomisées par la voie haute et 8 autres par la voie basse.

Par ce qui précède, on voit que la moyenne de la mortalité atteint environ 5 0/0 dans les cas simplement inflammatoires et de 8 à 10 0/0 pour les malades porteuses de pyosalpinx.

L'examen des *résultats éloignés* offre un très grand intérêt. Voici quelques chiffres :

M. DELBET : de 6 femmes ayant subi l'ablation unilatérale des annexes, 4 sont radicalement guéries, 2 sont à peine améliorées ; de 88 femmes traitées par la castration annexielle bilatérale, 76 sont bien guéries, 7 sont à peine améliorées, 5 n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération.

M. POZZI : « Chez presque toutes les femmes ayant subi l'ablation bilatérale, on note des symptômes de ménopause prématurée, et ces symptômes sont généralement plus accusés que ceux de la ménopause naturelle ; mais, fort heureusement, ces troubles s'atténuent progressivement et finissent par disparaître, au moins dans la majorité des cas. »

MM. BARUCH et CZEMPIN (de Berlin) : de 54 femmes ayant subi l'ablation bilatérale des annexes, 22 sont radicalement guéries, 27 sont sensiblement améliorées, 5 souffrent autant qu'avant l'opération.

MM. SCHAUTA et HAHN : l'ablation bilatérale des annexes par la voie abdominale procure 59 à 60 0/0 de guérisons définitives, tandis que l'ablation unilatérale n'en donne que 23 à 24 0/0. M. SCHAUTA est à peu près seul à défendre cette opinion. La plupart des chirurgiens admettent, au contraire, que les résultats de la salpingo-ovariectomie unilatérale sont infiniment plus favorables. Le plus grand nombre, pour ne pas dire toutes les opérées de cette catégorie sont définitivement délivrées des troubles qui avaient rendu l'opération nécessaire. Malheureusement, on ne pourrait en dire autant

des femmes qui ont subi la castration bilatérale : sans parler des symptômes climatériques, qui, d'ailleurs, s'atténuent avec le temps et, le plus souvent, finissent par disparaître, ces opérées souffrent à cause de leur utérus laissé en place et qui présente, dans plus de la moitié des cas, des lésions d'endométrite chronique ou de sclérose plus ou moins avancée. Parmi les opérées qui continuent de souffrir, le curettage procure quelquefois des succès ; le plus souvent, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut recourir, si l'on veut voir la fin de tous ces maux. Voilà pourquoi on a reproché à la castration annexielle bilatérale d'être un procédé incomplet, infidèle et, en un mot, une mauvaise opération.

Voici les résultats éloignés des 93 femmes opérées à Strasbourg et qui ont survécu à l'intervention ; ils ont été recueillis par M. GUTMANN (1904-1912) : l'auteur note 88 0/0 de guérisons définitives, toutes ces opérées ayant pu reprendre leur travail ; il signale 10 0/0 de guérisons incomplètes, en ce sens que les femmes de cette catégorie ont été simplement améliorées ; enfin, dans 1,3 0/0 des cas, échec complet.

SALPINGECTOMIE VAGINALE. — L'oophoro-salpingectomie par la voie basse a pour but l'extirpation partielle ou totale des annexes au moyen de manœuvres exclusivement vaginales.

Très peu connue en France, où elle a toujours été accueillie avec beaucoup de réserve, cette opération est aujourd'hui couramment pratiquée à l'étranger, surtout en Allemagne, où elle a été vulgarisée par MM. MACKENRODT, DÜHRSSEN et A. MARTIN.

Dans un mémoire publié en 1896, M. MACKENRODT rapporte plusieurs observations relatives à des femmes atteintes d'annexites suppurées et traitées avec succès par cette méthode ; il se basait sur ces heureux résultats pour recommander l'ablation partielle ou totale de la trompe et de l'ovaire en passant par l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur (*cœliotomie vaginale postérieure*).

L'année suivante parut un important travail de A. MARTIN (de Berlin), dans lequel l'auteur s'efforçait de démontrer

que la cœliotomie vaginale pouvait remplacer avantageusement la laparotomie dans le traitement chirurgical des annexites suppurées. Il conseillait d'aborder les organes malades en passant par le cul-de-sac vaginal antérieur (*cœliotomie vaginale antérieure*) et affirmait que la brèche ainsi créée était presque toujours suffisante pour permettre l'exploration du petit bassin, l'évacuation des foyers purulents, la résection ou l'ablation de la trompe et de l'ovaire ; enfin, il considérait cette opération comme moins grave et tout aussi efficace que la salpingo-ovariectomie par la voie haute.

L'exemple donné par MM. Mackenrodt et Martin fut bientôt suivi par un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels il faut citer Pinná-Pintor (de Turin), Schauta, Oscar Bürger, Cohn et surtout Dührssen (de Berlin), qui publia sur cette question plusieurs articles fort remarqués. Ce dernier recommande l'*incision vaginale postérieure*, et il faut reconnaître que cette technique est aujourd'hui adoptée par la plupart des chirurgiens partisans de la voie basse.

Quant à la *cœliotomie latérale*, elle a été décrite, en 1896, par Siefart assistant de Veit (de Berlin), qui commence son incision au niveau du cul-de-sac antérieur pour la terminer dans le cul-de-sac postérieur après avoir contourné les parties latérales du col utérin. Cette tentative ne paraît pas avoir été imitée.

Le manuel opératoire de la salpingectomie vaginale varie suivant que l'on aborde les annexes par l'incision vaginale antérieure ou par la cœliotomie postérieure.

La *cœliotomie* ou *élytrotomie vaginale antérieure* équivaut aux deux premiers temps de l'hystérectomie vaginale classique, c'est-à-dire à la désinsertion du vagin et à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ; inutile de parler ici de ces deux temps, qui seront décrits ailleurs.

Le péritoine une fois ouvert, et après avoir agrandi prudemment la brèche de chaque côté, on place deux ou trois écarteurs pour projeter du jour dans l'excavation pelvienne ; de plus, l'écarteur antérieur sert à protéger la vessie, précaution qu'il ne faut jamais négliger. Il s'agit alors d'attirer le fond de l'utérus avec les annexes malades hors de l'exca-

vation pour les examiner et les réséquer en partie ou en totalité, s'il y a lieu. Ces manœuvres peuvent offrir les plus sérieuses difficultés, à cause des adhérences qui unissent la trompe et l'ovaire avec l'épiploon, l'intestin, l'utérus ou le péritoine pariétal ; parmi ces adhérences, les unes, récentes et filamenteuses, se laissent détruire avec facilité et sans occasionner de suintement sanguin considérable ; il n'en est malheureusement pas de même des tractus fibreux dont la rupture non seulement peut entraîner une hémorragie assez sérieuse, mais encore causer des déchirures intestinales. Il est bien entendu que le chirurgien ne se servira que de ses doigts et manœuvrera avec la plus grande circonspection.

Enfin, lorsqu'on a réussi à amener les annexes malades hors de la vulve, l'opération est virtuellement terminée, car rien de plus simple que de jeter des ligatures sur les pédicules, etc. Toutefois, il n'est pas rare de tomber sur des cas singulièrement défavorables : les annexes forment avec la corne utérine un magma auquel adhèrent des franges épiploïques et une anse d'intestin ; l'adhérence de la masse tubo-ovarienne avec la surface utérine est telle qu'on ne parvient à extirper les organes malades qu'en les morcelant ; en outre, impossible d'assurer l'hémostase autrement que par des pinces laissées à demeure. D'autres fois, c'est la paroi vésicale qui est entraînée jusqu'à la vulve avec les annexes auxquelles elle adhère, d'où la possibilité d'une déchirure plus ou moins étendue du réservoir urinaire. Ajoutons, enfin, que, chez certaines malades, les annexes refusent de descendre, de sorte que l'opérateur se trouve réduit à refermer l'ouverture de la cœliotomie et à recommencer son opération en passant par la voie haute.

La *cœliotomie vaginale postérieure* consiste à pénétrer dans le Douglas après incision du cul-de-sac correspondant. Quoi qu'en disent MM. Mackenrodt et A. Martin, cette voie est infiniment préférable à la précédente, elle donne accès dans une cavité plus spacieuse et où le chirurgien peut manœuvrer avec plus de liberté ; en outre, l'expérience a montré que les annexes sont plus facilement accessibles de ce côté, sans parler des cas où la trompe et l'ovaire, prolabés dans la cavité de Douglas, y forment un magma

adhérent qu'il est absolument impossible d'aborder par l'ouverture de l'élytrotomie antérieure.

La paroi vaginale doit être incisée transversalement, au niveau de son insertion sur le col, sur une étendue de 3 à 5 centimètres ; on peut se servir du bistouri ou de forts ciseaux courbes ; le Douglas ouvert, le chirurgien fera bien d'agrandir son incision en déchirant les tissus *avec les doigts*, pour éviter de léser l'artère utérine ; un long et large écarteur est ensuite introduit dans la plaie, c'est l'écarteur postérieur, destiné à protéger le rectum. Deux doigts vont à la recherche de la trompe et de l'ovaire malades que l'on essayera d'attirer hors de la brèche, dans la cavité vaginale et jusqu'au niveau de la vulve. Cela fait, il ne reste plus qu'à exciser ce qui est malade après ligature des pédicules vasculaires. Telle est l'opération idéale. Malheureusement il faut compter avec les adhérences, comme dans la cœliotomie antérieure ; il faut compter aussi avec les poches purulentes que l'on crève avant de les avoir amenées à la vulve, avec l'hémorragie en nappe qui peut gêner très sérieusement l'opérateur, etc. Ici aussi, les annexes résistent très souvent aux efforts du chirurgien qui doit manœuvrer longuement et péniblement avant de parvenir à les détacher et à les pédiculiser ; très souvent aussi les organes infiltrés et devenus friables se déchirent, s'éliminent par morceaux, ou bien adhèrent trop intimement à une anse intestinale, de sorte que l'on est quelquefois réduit à se contenter d'une opération incomplète.

Faut-il drainer ? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. Dans les cas simples, on se contentera d'un gros drain et l'on réduira la plaie par quelques points de suture. Il est souvent prudent de laisser à demeure une large mèche de gaze stérilisée qui remplira l'office de tampon contre l'hémorragie en nappe. Enfin, il n'est pas rare qu'on soit obligé de laisser deux ou trois pinces à demeure.

Quels sont les résultats immédiats et éloignés de l'oophoro-salpingectomie vaginale ?

En France, l'opération est encore mal connue, trop peu de faits ont été publiés pour qu'il soit possible de dresser dès maintenant une statistique vraiment sérieuse. Tout

ce que l'on peut dire, c'est que la plupart des chirurgiens français l'ont accueillie, *a priori*, avec assez de méfiance. Nous n'avons aucune expérience personnelle de cette intervention, mais nous estimons que l'on a tort de ne pas assez tenir compte des résultats publiés à l'étranger. Or ces résultats doivent nous encourager à imiter nos voisins. La statistique de A. MARTIN est tout à fait remarquable, on n'y relève que 4 décès sur 471 interventions ; une soixantaine de ces opérées étaient atteintes d'annexites inflammatoires.

Quant aux résultats éloignés, le chirurgien de Berlin annonce 67 0/0 de guérisons définitives et 27 0/0 d'améliorations appréciables. A son avis, la salpingectomie basse mériterait d'être substituée à l'opération de LAWSON TAIT, soit surtout dans les cas de suppurations annexielles. Pour ce qui est des accidents opératoires, A. MARTIN avoue cinq blessures de la vessie, ce qui n'a rien de surprenant, puisqu'il a adopté la cœliotomie antérieure.

La statistique publiée par DÜHRSSEN en 1900 est relative à 18 cas de suppurations tubo-ovariennes avec 2 morts opératoires. L'auteur estime que la cœliotomie postérieure mérite de remplacer la laparotomie, surtout à cause de sa bénignité.

MACKENRODT a eu recours à la cœliotomie postérieure dans 22 cas de suppurations pelviennes, sans un seul décès ; il fait aussi le plus grand éloge d'elle.

En 1900, SCHAUTA (de Vienne) a rapporté une série de 27 cas d'annexectomie vaginale avec 3 morts.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — Deux raisons semblent avoir décidé les chirurgiens à traiter certains cas de suppurations annexielles par l'hystérectomie haute : 1° les mauvais résultats de l'oophoro-salpingectomie bilatérale qui laisse subsister un organe inutile et douloureux, l'utérus ; 2° l'impossibilité où l'on s'est plus d'une fois trouvé d'enlever des annexes intimement soudées à la matrice, faisant pour ainsi dire corps avec elle ; au cours de ces laborieuses interventions, on s'aperçut que le sacrifice de l'organe de la gestation facilitait singulièrement la décortication et l'extirpation des trompes et des ovaires.

Baldy (de Philadelphie) passe pour avoir eu, le premier, l'idée de sacrifier la matrice afin de faciliter l'ablation des annexes, dans un cas de salpingo-ovarite bilatérale grave. Ce fut en septembre 1892 qu'il communiqua au *Pan-American Congress de Washington* ses résultats concernant quatre malades traitées et guéries par l'extirpation simultanée de l'utérus et des annexes.

L'année suivante, Polk, qui est généralement considéré comme le vulgarisateur de la méthode, rapporta à la *Société de gynécologie de New-York* 7 observations personnelles avec 7 succès ; puis ce fut encore le tour de Baldy qui publia une série de 22 cas sans une seule mort opératoire. Ces exemples encouragèrent Pryor, Kelly, Brown, Edebohls, Krug, etc., qui ne furent pas moins heureux dans leurs tentatives.

En France, la nouvelle opération fut d'abord exécutée par M. Chaput et par M. Delagénière (du Mans) en 1894, mais elle fut assez mal accueillie par la Société de Chirurgie, où MM. Pozzi, Segond, Reclus se déclarèrent partisans de la voie vaginale. Même indifférence de la part de la majorité des chirurgiens au *Congrès de gynécologie de Genève*, en 1896. Mais la question fut reprise à la *Société de chirurgie* en 1897, à l'occasion d'une communication de Richelot, qui montra comment il avait adapté son procédé d'hystérectomie abdominale pour fibromes à la cure des annexites suppurées. Cette même année vit paraître d'importantes communications de Terrier et de ses élèves sur les avantages de la castration abdominale utéro-annexielle appliquée au traitement des oophoro-salpingites. Mais, contrairement à Delagénière, à Chaput, à Richelot, qui conseillaient l'ablation totale de la matrice, M. Terrier se déclara partisan de l'extirpation *subtotale* ou supra-vaginale, suivant la technique vulgarisée en Amérique par Kelly et ses élèves.

La technique préconisée par M. Richelot consiste, on le sait, à ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin et à enlever l'utérus et ses annexes en procédant de bas en haut. Dès 1898, J.-L. Faure, tout en approuvant le procédé qui permet d'attaquer les annexes *par dessous*, montra qu'il était possible de simplifier encore les manœuvres en recourant à l'*hémisection médiane*.

A partir de 1898, les tentatives se multiplient, et nombre de chirurgiens qui, d'abord, avaient assez mal parlé de la nouvelle opération, s'y rallièrent avec empressement. Aujourd'hui, elle compte plus de partisans que d'adversaires, et l'on peut dire sans exagération que la méthode de BALDY-PRYOR a supplanté l'opération de LAWSON TAIT, du moins pour les suppurations annexielles bilatérales.

Il serait vraiment trop long d'insister sur tous les travaux et discussions que cette question a suscités : nous nous bornerons à signaler les publications suivantes : la thèse de PÉTRON (1899-1900), inspirée par M. J.-L. FAURE, celles de DELAGE (1900-1901) et de MOURLHON (1903-1904) inspirées par M. TERRIER et ses élèves, enfin les thèses de SICARD (1900-1900, service de MM. MONOD et ARROU) et de CLERMONTHE (1903-1904, service de M. PICQUÉ). Mais, parmi tous ceux qui ont préconisé la nouvelle méthode, nul n'a élevé la voix avec plus d'éloquence et de conviction que M. J.-L. FAURE, surtout quand il s'est agi de faire valoir les avantages *de la subtotale par section première du col* (*Bulletin médical*, 1900, 7 novembre).

Nous nous contenterons de décrire les principaux procédés dans leurs plus grandes lignes.

Hystérectomie abdominale totale. — Nous ne dirons rien des préparatifs qui sont les mêmes que pour l'hystérectomie abdominale totale appliquée à la cure des corps fibreux ; il va sans dire que la malade est placée dans la position de TRENDELENBOURG.

Théoriquement, on devrait procéder en deux temps principaux : 1° extirper les annexes, comme on le fait dans l'opération de LAWSON TAIT ; 2° enlever la matrice suivant l'un des nombreux procédés décrits pour l'ablation de l'utérus fibromateux[1].

Dans la pratique, une pareille technique expose le chirurgien aux plus fâcheux déboires, à cause de l'adhérence des annexes et de leurs rapports pathologiques avec les organes

1. Cette méthode d'*extirpation de haut en bas* a été recommandée par quelques chirurgiens et, notamment, par M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) ; elle n'est plus guère employée aujourd'hui.

voisins ; en effet, rien de plus fréquent que la rupture du pyosalpinx, et c'est justement ce qu'il faut éviter à tout prix.

Pour prévenir ce redoutable accident, comme aussi pour abréger la durée de l'acte opératoire, M. RICHELOT, un des premiers, a proposé d'enlever en bloc l'utérus flanqué de ses annexes en attaquant ces organes *de bas en haut*, c'est-à-dire du vagin vers le bord supérieur des ligaments larges.

Cette méthode a inspiré plusieurs procédés ; nous décrirons brièvement les deux principaux, celui de M. RICHELOT et celui de M. J.-L. Faure.

Procédé de RICHELOT. — On commence comme s'il s'agissait d'enlever un utérus fibromateux : section du péritoine sur la face antérieure de la matrice, refoulement de la vessie jusque derrière la symphyse pubienne, ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, etc. Le chirurgien désinsère ensuite le vagin sur tout son pourtour, et le col, saisi avec une forte pince à traction, est attiré en avant et en haut. On commence alors la décortication des annexes en procédant de bas en haut, et, chemin faisant, on pince les vaisseaux utérins, etc., qui se présentent ; on continue de décoller avec les doigts jusqu'au bord supérieur des ligaments larges, tandis que l'utérus achève d'exécuter son mouvement de bascule en haut et en arrière. Dans certaines formes graves, cette décortication est extrêmement laborieuse, surtout si de grosses trompes pleines de pus encombrent le Douglas. Avec de la patience et un peu d'habitude, on achève souvent l'opération sans contaminer le péritoine.

Procédé de J.-L. FAURE (*Procédé de l'hémisection médiane*). — Après avoir refoulé la vessie, le chirurgien, armé de forts ciseaux droits, sectionne l'utérus sur la ligne médiane de haut en bas, du fond vers le col, et du même coup ouvre le vagin en avant et en arrière sur la ligne médiane également ; puis, la moitié droite du col est saisie avec une pince et attirée en haut, tandis que les ciseaux achèvent la section du vagin du même côté. On continue l'opération en tirant toujours sur le col, jusqu'à ce qu'on ait atteint le bord

supérieur du ligament large correspondant, ce qui a eu pour résultat de faire basculer la moitié droite de l'utérus de bas en haut ; il ne reste plus qu'à dégager les annexes de leurs adhérences avec les parties voisines. On voit donc que les

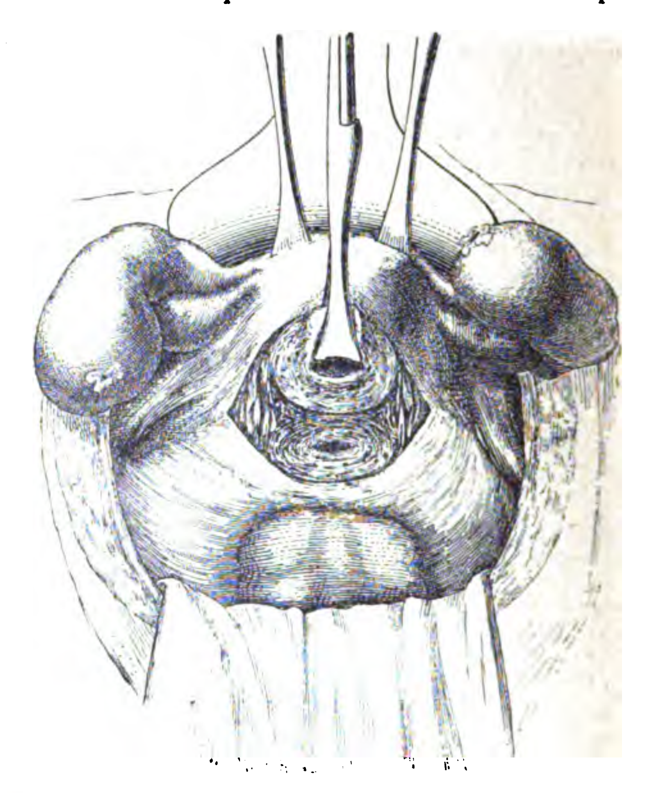


Fig. 201. — Hystérectomie abdominale par section première du col (Faure).

annexes droites ont été enlevées avec la moitié utérine à laquelle elles sont fixées ; on répète ensuite à gauche la même manœuvre. « Les choses se passent ici comme dans le second temps du procédé américain, après renversement de l'utérus. » (Faure.)

Hystérectomie subtotale. — Nous avons vu, à propos du traitement des corps fibreux utérins, les raisons que donnent beaucoup de chirurgiens pour proclamer la supé-

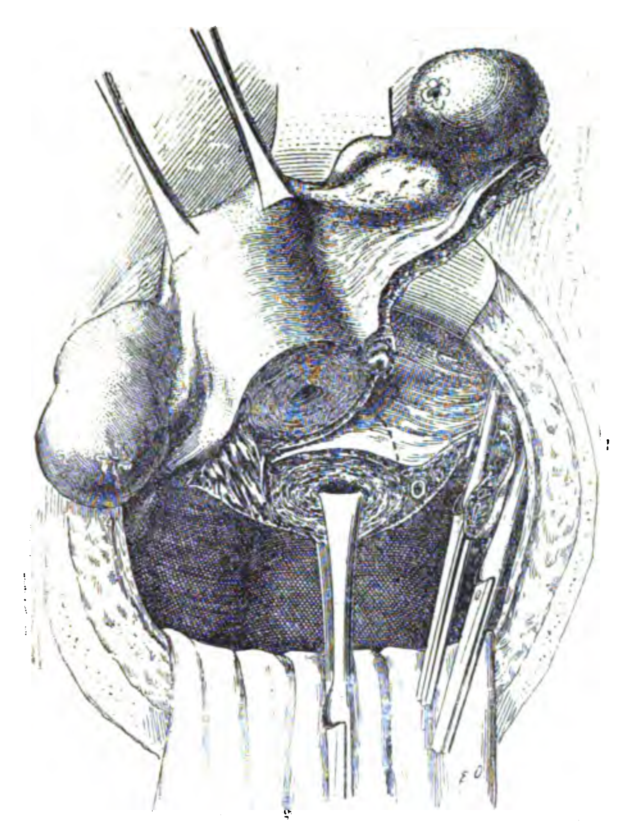


Fig. 202. — **Hystérectomie subtotale par section première du col (Faure).**

riorité de cette méthode sur la précédente : non-ouverture du vagin, par conséquent suppression d'une cause d'infection ; exécution plus rapide, hémostase plus facile, etc. ; nous connaissons également les objections formulées par

les partisans de l'hystérectomie totale; inutile donc de reprendre cette discussion.

L'hystérectomie subtotale s'exécute suivant plusieurs procédés ; nous ne décrirons que la technique recommandée par M. J.-L. FAURE, c'est-à-dire la *subtotale par section première du col ;* elle est généralement préférée à toutes les autres.

Le fond de l'utérus est saisi avec une pince à griffe et ramené en avant, derrière la symphyse, de manière à bien exposer sa partie postérieure et le cul-de-sac de DOUGLAS. Alors, avec de forts ciseaux, on attaque l'utérus en arrière, au niveau de l'isthme et on le sectionne en travers, obtenant ainsi deux surfaces de section. On saisit la surface de section supérieure et on l'attire en haut ; ensuite on introduit d'arrière en avant les doigts entre les deux surfaces de section du col et du corps, on sépare celui-ci de la vessie et on décolle de bas en haut les annexes du côté le plus facile ; on pince alors successivement l'utérine, le ligament rond, l'utéro-ovarienne; ensuite, un des côtés, le droit par exemple, étant ainsi libéré, on bascule l'utérus à gauche et on termine comme dans les autres procédés.

Lorsque le Douglas est inaccessible, on attaque le col par devant.

M. J.-L. FAURE a également pratiqué la subtotale en faisant l'***hémisection médiane***, comme il le recommande pour l'hystérectomie totale : arrivé sur l'isthme, il tranche chaque moitié de l'utérus d'un coup de ciseaux transversal donné de la cavité vers les bords [1].

Résultats et pronostic. — Les résultats immédiats de l'hystérectomie abdominale totale et subtotale sont tout à fait encourageants ; on peut en juger par les chiffres suivants :

1. Les autres procédés de subtotale les plus connus sont ceux de M. TERRIER et de M. KELLY. Voyez DELAGE (*Thèse de Paris*, 1901).

HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES TOTALES

Richelot....................	30 cas	3 morts
Segond......................	10 —	2 —
Quénu.......................	16 —	1 —
Faure.......................	23 —	2 —
Rosthorn....................	58 —	4 —
Schauta.....................	36 —	3 —
Baldy.......................	73 —	2 —

HYSTÉRECTOMIES SUBTOTALES

H. Kelly....................	113 cas	4 morts
Terrier.....................	72 —	4 —
Quénu.......................	36 —	2 —
Picqué......................	31 —	2 —
Schwartz....................	4 —	0 —
Riche.......................	6 —	0 —

Quant aux résultats éloignés, les faits publiés jusqu'à ce jour sont très favorables à la nouvelle méthode. D'après Schauta, on observerait 81 0/0 de guérisons définitives. Sur 13 cas rapportés par MM. Czempin et Baruch (de Berlin), on note 9 guérisons complètes et 4 améliorations très nettes. La statistique de MM. Terrier et Gosset signale 36 opérées revues et très satisfaites de leur état ; quelques-unes seulement se plaignaient d'avoir, de temps en temps, des bouffées de chaleur et des sueurs.

Il appartient aux prochaines statistiques de nous renseigner d'une manière plus complète sur l'efficacité réelle de l'opération de Baldy-Pryor-Polk.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — C'est à Péan, nous l'avons déjà dit, que revient l'idée de la castration vaginale appliquée à la cure des salpingo-ovarites suppurées ; mais c'est Segond qui a vulgarisé l'hystérectomie basse comme opération de choix dans le traitement de cette affection.

Jusqu'au moment où le péritoine est ouvert, rien ne distingue une colpo-hystérectomie pour salpingite d'une hystérectomie vaginale pour cancer ou pour corps fibreux utérins.

Mais, le cul-de-sac vésico-utérin une fois ouvert, les choses se passent de façon fort différente, suivant le volume des poches salpingiennes et la solidité, l'étendue des adhérences qui les relient aux parties voisines.

Il est des cas fort simples, dans lesquels la bascule de l'utérus en avant et l'abaissement des annexes s'effectuent avec la plus grande facilité. Très souvent on peut placer la première longuette en dehors de la trompe et de l'ovaire, de sorte qu'il n'y a pas à s'occuper spécialement de l'hémostase de ces deux organes. D'autres fois, on est obligé de jeter une ou deux ligatures sur le pédicule annexiel, après avoir assuré l'hémostase du ligament large correspondant.

Malheureusement, ces opérations simples et faciles constituent l'exception. En règle générale, il faut s'attendre à des difficultés provenant surtout des adhérences de la trompe. Du reste, tous les cas sont loin de se ressembler. Chez certaines malades, après l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, la descente de l'utérus s'arrête ; il faut alors introduire un doigt dans la brèche pour se rendre compte de l'état des lésions et tâcher de détruire les adhérences qui s'opposent à l'abaissement de l'organe. Cette manœuvre réussit souvent, elle est facilitée par le morcellement de la paroi utérine antérieure. Enfin, l'utérus a basculé et son fond se présente au-dessous et au-devant de l'écarteur antérieur qui protège la vessie ; mais ce sont les annexes qui restent invisibles ; on n'a sous les yeux que la partie interne du bord supérieur des ligaments ; ou bien encore, les annexes droites, par exemple, ont basculé avec le fond, mais il s'agit d'extraire celles du côté gauche. Parfois la difficulté est plus apparente que réelle, car il suffit d'introduire un doigt et de rompre quelques adhérences pour voir la trompe, l'ovaire et le reste du ligament large se dérouler brusquement au-dessous de la vulve. Bien souvent, tous les efforts sont vains et risqueraient de provoquer des déchirures sérieuses. Il vaut infiniment mieux procéder immédiatement à l'ablation de l'utérus, ce qui a pour résultat de désencombrer le champ opératoire et d'offrir un accès plus facile dans l'excavation pelvienne.

L'utérus enlevé, il faut aller à la recherche des annexes

rebelles ; quelques doigts ou toute la main sont introduits dans le pelvis, si possible ; souvent, on arrive sans trop de peine et sans rien crever à détruire les dernières adhérences et à attirer la poche tubaire et l'ovaire plus ou moins altéré jusqu'au dehors de la vulve ; une longuette ou une ligature est placée sur le pédicule annexiel, et l'opération est terminée. Souvent aussi la pédiculisation de la masse tubo-ovarienne est absolument impossible ; après bien des efforts et les plus patientes tentatives, c'est tout juste si l'on est parvenu à attirer la poche jusqu'au niveau de la brèche pelvienne, à la rendre visible : on aperçoit une saillie arrondie, grisâtre ou blanchâtre, qui ressemble beaucoup à une portion d'anse intestinale, et cette saillie refuse d'aller plus loin. On doit alors se résigner à ouvrir la poche puisqu'il est impossible de l'enlever. C'est avec les plus grandes précautions qu'on y procédera, car il faut, à tout prix, éviter la contamination du péritoine par le contenu de la trompe, qui est presque toujours du pus. Avec beaucoup d'adresse, le chirurgien glissera une large mèche de gaze iodoformée ou stérilisée derrière la poche, entre celle-ci et le paquet intestinal, manœuvre délicate assurément, mais moins difficile qu'elle ne le paraît ; puis, avec la pointe du bistouri, on ponctionnera la paroi tubaire en un point aussi éloigné que possible de l'intestin, c'est-à-dire tout à fait en dehors et en bas ; on voit aussitôt jaillir un jet de pus qui est reçu sur des tampons ; celle-ci une fois vidée, on agrandira avec la pointe des ciseaux l'orifice de la ponction, et la cavité de l'abcès sera tamponnée avec une petite mèche de gaze iodoformée. Si l'on n'a pas souillé l'intestin, tout se passera le plus simplement du monde, et la poche, qu'on n'a pu extraire, s'éliminera ultérieurement par des lambeaux qui seront expulsés en même temps que les premiers tampons.

Quant aux soins consécutifs, rien ne les distingue de ceux que l'on donne aux hystérectomisées pour fibrome ou pour cancer; il n'y a donc pas lieu d'en reparler. Nous en dirons autant des complications propres à la colpo-hystérectomie, elles ont été déjà étudiées à propos des corps fibreux et de l'épithélioma.

Résultats. — Nous avons vu que le grand reproche adressé à la castration annexielle *bilatérale* était de laisser dans le pelvis un utérus non seulement inutile, puisque les ovaires n'existent plus, mais encore presque toujours malade, douloureux, infecté, source de misères sans nombre pour les opérées (métrorragies,' sécrétions purulentes et fétides, douleurs, etc.). L'hystérectomie vaginale a la prétention, d'ailleurs justifiée, d'offrir tous les avantages de l'opération de LAWSON TAIT sans en avoir les graves inconvénients ; elle est aussi plus bénigne que cette dernière dans les cas de pyosalpinx, et plus facilement acceptée des femmes encore jeunes pour qui l'absence d'une cicatrice abdominale a une importance incontestable.

En ce qui concerne les *résultats immédiats*, la colpo-hystérectomie est une des interventions les moins graves de la chirurgie abdominale, comme on en peut juger par les statistiques suivantes :

MM. RICHELOT : 66 cas, 5 morts ; SEGOND : 114 cas (lésions suppurées), 13 morts, et 32 cas (de lésions inflammatoires), 0 mort ; LANDAU et MAINZER : 200 cas, 8 morts ; SCHAUTA-HAHN : 220 cas, 6 morts ; BROESE : 45 cas, 1 mort ; LÉOPOLD-BUSCHBEK : 67 cas, 1 mort, etc.

D'après THALER et SCHAUTA (Vienne) (*Archiv. f. Gyn.*, 1911), l'hystérectomie vaginale offrirait une mortalité de 1,8 0/0 dans les cas bénins, de 2,8 0/0 dans les formes graves ; tandis que l'hystérectomie abdominale entraînerait la mort dans 5,3 0/0 des cas pour les cas légers, et dans 8,6 0/0 pour les formes sérieuses.

Pour ces auteurs, la voie haute devrait être préférée toutes les fois qu'on a lieu de croire à la présence d'adhérences et d'exsudats exceptionnellement étendus ; en somme, l'opération de choix serait l'hystérectomie basse surtout si les lésions bilatérales et les annexes sont encore assez mobiles.

Quant aux *résultats éloignés*, ils ne sont pas moins remarquables. M. SCHAUTA déclare qu'il a observé 86 0/0 de guérisons définitives ; MM. LANDAU et MAINZER ont eu l'occasion de revoir 83 de leurs opérées : 77 d'entre elles étaient guéries et en état de reprendre leur travail ; chez 24, absence

de troubles dits climatériques ; 42 avaient des troubles climatériques, mais à un degré insignifiant ; chez 17 autres femmes, ces phénomènes étaient très intenses. Parmi 48 opérées qu'ils ont revues, MM. Léopold et Buschbeck ont noté : 30 guérisons radicales, 18 améliorations évidentes ; 43 de ces femmes pouvaient exercer leur profession. Enfin, M. Ehrenfreud rapporte 9 guérisons complètes et 2 améliorations sur 11 hystérectomisées réexaminées. En terminant, il convient d'ajouter que les opérées de MM. Landau et Mainzer n'offraient que des modifications insignifiantes du côté de l'appétence génitale : quelques femmes présentaient une frigidité relative, tandis que, chez quelques autres, les désirs vénériens étaient légèrement exagérés.

Opérations conservatrices. — Il est certain que les chirurgiens d'il y a quinze ou vingt ans abusaient de la castration ; nous les avons tous vu mutiler les femmes avec une sérénité et une bonne foi absolues. Ils péchaient par ignorance. C'est que nos idées sur l'évolution des lésions tubo-ovariennes étaient alors singulièrement erronées. On ne faisait guère de différence entre une trompe simplement infiltrée et un pyosalpinx, entre une ovaire scléro-kystique et une ovarite suppurée ; en d'autres termes, il suffisait qu'un de ces organes ne fût pas absolument normal pour que son extirpation parût formellement indiquée.

Nos idées se sont, heureusement, bien modifiées depuis, et c'est à Schroeder que revient le mérite d'avoir montré qu'une intervention sur les annexes pouvait très bien ne pas consister uniquement dans l'ablation, qu'il était possible d'obtenir de bons résultats, des guérisons réelles en se bornant à l'exérèse pure et simple de la partie altérée. Sa première opération conservatrice date de 1884 ; cependant il n'y a pas plus d'une dizaine d'années que sa méthode est entrée dans la pratique courante.

Après Schroeder, il faut citer, en Allemagne, les tentatives heureuses de Martin, de Sippel, de Matthaei ; en Amérique, celles de Polk méritent d'être signalées.

En France, les premières observations de résection ovarienne ont été publiées en 1891, par le professeur Pozzi, qui

a été, en quelque sorte, le promoteur, le vulgarisateur de cette méthode dans notre pays.

Aujourd'hui, tout le monde cherche à éviter la castration totale en s'efforçant de ne sacrifier que le strict nécessaire. Une telle préoccupation ne saurait être trop encouragée ; toutefois il s'agit de ne pas non plus tomber dans l'excès contraire, et là est la difficulté. Rien de plus légitime que le désir de conserver la fonction de reproduction et de mettre les opérées à l'abri des désagréments de la ménopause anticipée. Mais il faut se rappeler aussi qu'une exérèse insuffisante expose les femmes aux ennuis et aux dangers d'une nouvelle intervention, généralement plus sérieuse que la première.

Ces réserves faites, on doit reconnaître que les opérations conservatrices méritent la vogue dont elles jouissent aujourd'hui : elles ont déjà fourni des résultats tout à fait concluants, et nous ne comprenons pas que des chirurgiens de la valeur de MM. SEGOND, ROUTIER, BOUILLY, DELBET s'obstinent encore à contester leur efficacité.

Les opérations conservatrices peuvent porter sur l'ovaire ou sur la trompe.

Opérations sur l'ovaire. — Il y a la ponction simple, l'ignipuncture et la résection.

La *ponction simple* consiste à vider les petits kystes en les piquant avec la pointe du bistouri, elle n'est applicable qu'à l'ovaire scléro-kystique. C'est un procédé peu employé, parce que insuffisant.

L'*ignipuncture* s'exécute avec la pointe fine du thermocautère, que l'on enfonce dans chaque kyste ou dans les petits abcès ; elle agit en détruisant les tissus malades.

La *résection* consiste à couper, dans le tissu ovarien, une tranche en quartier d'orange plus ou moins régulier, comprenant toute la partie malade que l'on veut enlever. Mais elle peut être beaucoup plus étendue, intéresser la moitié, les deux tiers de l'organe. Dans les cas d'ovarite suppurée, il peut arriver que la portion respectée ne dépasse pas la grosseur d'un gros pois. On assure l'hémostase en rapprochant les petites surfaces cruentées par des sutures avec du catgut très fin.

Opérations sur la trompe. — Le *cathétérisme*, fait au moyen d'un stylet, a été préconisé par Munde. En France, ce procédé n'est guère employé.

La *salpingorraphie* (suture tubaire) consiste à étaler le pavillon sur l'ovaire et à l'y fixer par des sutures au catgut très fin. Cette petite opération a été recommandée par M. Pozzi et par Munde.

La *salpingostomie* a pour but la restauration du pavillon, après excision d'une portion malade de l'organe. On la réalise en réunissant par des sutures le bord de la muqueuse au bord du revêtement séreux. Cette opération a été imaginée par M. Skutsch.

Toutes ces petites opérations se combinent de différentes manières chez la même malade. Ainsi, en prenant comme exemple un cas de salpingo-ovarite bilatérale, on peut : 1° Extirper complètement les annexes d'un côté, les droites par exemple, annexes trop profondément atteintes pour subir une intervention conservatrice ; 2° réséquer la moitié abcédée de l'ovaire gauche et étaler sur l'autre moitié, préalablement ignipuncturée, le nouveau pavillon de la trompe gauche que l'on vient de salpingostomiser.

Enfin, nous devons rappeler que l'opération conservatrice peut se réduire au ***détachement des adhérences*** qui maintenaient les organes en des attitudes vicieuses. Terrillon a été le promoteur de cette méthode.

Les opérations conservatrices sont, en général, moins graves que les ablations radiales; il n'en est pas moins vrai que leur exécution n'est pas toujours aussi facile qu'on se plaît à le dire : il faut, souvent, déployer beaucoup d'adresse, et il n'est pas donné à tout le monde de réussir. Les résultats éloignés sont souvent excellents : il faut entendre par là que la plupart des opérées sont exemptes de ***troubles de la pseudo-ménopause*** ou ne présentent que des symptômes très atténués de ménopause prématurée ; un grand nombre d'entre elles sont devenues enceintes et ont accouché au terme normal.

La *colpotomie* est aussi une opération conservatrice.

Marche à suivre dans le traitement des salpingo-ovarites. — Nous terminons par une rapide revue d'ensemble.

Salpingo-ovarites aiguës. — L'intervention sanglante est l'exception ; elle est réservée aux formes graves d'emblée, avec menace de rupture ou si la péritonite purulente est déjà déclarée.

La base du traitement est le *repos* rigoureux, absolu, au lit, dans le décubitus dorsal et l'immobilité. Tant que la fièvre existe, que la réaction péritonéale est évidente, le traitement local doit se borner à des applications glacées sur l'abdomen ; contre la douleur, on prescrira des suppositoires, de petits lavements calmants que le malade devra garder ; les piqûres de morphine ne seront pas ménagées si le malade souffre beaucoup, car c'est le seul moyen d'obtenir l'immobilité et le décubitus dorsal rigoureux. Pendant la phase aiguë initiale, il vaut mieux s'abstenir de purgatifs, de grands lavements et d'irrigations vaginales.

Mais ces irrigations chaudes, vaginales et rectales, sont, au contraire, formellement indiquées dès que la fièvre a disparu et qu'une détente s'est manifestée du côté des symptômes pelviens.

Au cours de la convalescence, et jusqu'à ce que les lésions se soient refroidies, il faudra continuer les irrigations chaudes, placer des tampons glycérinés dans le vagin, recourir sans cesse aux lavements et aux laxatifs, et, si possible, appliquer le *traitement par l'air chaud*, dont nous avons parlé.

Pendant toute la durée de la maladie, on surveillera le régime alimentaire, les rapports sexuels seront interdits, et la malade restera au lit jusqu'au refroidissement complet des lésions pelviennes.

Salpingo-ovarites chroniques. — Les grands exsudats ont disparu, mais les annexes restent volumineuses et douloureuses. Au repos, les malades ne souffrent pas, ce qui leur fait croire qu'elles sont définitivement guéries ; mais il suffit de la moindre fatigue pour voir survenir la pesanteur hypogastrique, les tiraillements lombaires, etc. Et l'examen local montre que le mal est toujours là.

Ici encore, comme pour la période aiguë, c'est le repos qui résume tout le traitement. Seulement, il ne faudrait pas trop compter sur la docilité ni la bonne volonté des malades. Il est bien rare qu'une femme consente à passer une ou deux années étendue sur sa chaise longue. On se contentera donc d'exiger un repos relatif, ce qui est déjà beaucoup. Ainsi, la malade devra garder le lit pendant toute la durée de la période menstruelle ; en temps ordinaire, elle s'imposera, tous les jours, plusieurs heures de décubitus dorsal, elle évitera la station debout prolongée, les longues promenades, même en voiture, les veilles, les plaisirs vénériens, la bicyclette, le patinage, l'équitation, en un mot tout ce qui peut causer de la fatigue et provoquer des phénomènes congestifs du côté du petit bassin.

Combattre la congestion pelvienne, telle doit être la préoccupation constante du médecin ; nous avons déjà longuement insisté sur les moyens qu'il convient d'employer pour atteindre ce but ; nous avons déjà dit avec quel soin on doit surveiller la régularité des garde-robes : lavements quotidiens, laxatifs, et surtout *massage abdominal* (et non pas massage gynécologique). A ce point de vue, le régime alimentaire mérite aussi la plus grande attention (lait, peu de viande, légumes et fruits cuits en abondance, pas de vin, aucune boisson alcoolique, ne pas abuser du thé, du café, etc.).

Le *traitement local* ne doit pas non plus être négligé : pointes de feu, tamponnement vaginal à l'ichthyol glycériné, scarifications sur le col, etc.

Nous avons montré aussi toute l'importance d'un *traitement hydro-minéral* bien conduit.

En France, nous n'avons encore aucune expérience du *traitement par l'air chaud*, qui a déjà donné de brillants résultats entre les mains des chirurgiens allemands ; mais tout permet de supposer qu'il s'agit d'une méthode efficace et qui mérite d'être essayée.

Les règles que nous venons de formuler conviennent au traitement des formes légères et des formes moyennement graves, qui sont assurément les plus communes.

Malheureusement, il est des cas graves, ou, plus exactement, des cas singulièrement rebelles, qui résistent au trai-

tement conservateur tel que nous venons de l'envisager. Doit-on renoncer à guérir ces malades autrement que par les moyens sanglants ?

A notre sens, on aurait tort de se laisser décourager par un premier échec ; pourquoi ne pas se dire que le traitement n'a pas été appliqué avec toute la rigueur désirable? C'est le cas où jamais de soumettre les malades au repos absolu, prolongé pendant des mois, pendant une ou même deux années consécutives, avec interdiction formelle de se tenir debout, assise, de marcher. La seule concession possible, c'est de les autoriser à passer de leur lit sur leur chaise longue. C'est dans ces circonstances qu'il est utile de multiplier les petits soins locaux : on occupe ainsi l'attention des femmes, on leur donne du courage en montrant qu'on n'est pas encore désarmé : pointes de feu, vésicatoires volants, compresses résolutives sur le ventre, tampons glycérinés, scarifications sur le col, il ne faut pas hésiter à mettre en œuvre tout l'arsenal thérapeutique. C'est encore dans ces cas que la dilatation utérine par les laminaires peut rendre de réels services, à la condition d'être scrupuleusement aseptique et de ne pas abuser de ce mode de traitement. Nous avons dit plus haut que les manœuvres intra-utérines sont généralement mal supportées par les femmes atteintes d'inflammations annexielles, même chroniques ; aussi faut-il procéder avec beaucoup de circonspection et renoncer à cette pratique au moindre signe d'intolérance, de réaction péritonéale. Nous avons eu personnellement l'occasion de recourir à la dilatation prolongée par les laminaires dans deux cas de salpingite datant de plusieurs années : le traitement fut bien supporté et suivi d'une amélioration très marquée, tant au point de vue de la douleur qu'au point de vue du volume des tumeurs annexielles.

Le traitement par le repos absolu et prolongé n'est pas incompatible avec le changement d'air, le séjour à la campagne, et même avec une *cure hydro-minérale*.

Il nous reste à rappeler les indications du traitement chirurgical.

Il s'impose d'une manière formelle dans les deux circonstances suivantes : 1° insuccès complet, réitéré, de la théra-

peutique conservatrice ; 2° aggravation de la maladie, malgré un traitement médical méthodiquement conduit.

Quelle opération choisir, et par quelle voie aborder les annexes malades ?

En présence d'une salpingo-ovarite suppurée, qui a résisté à toutes les tentatives de traitement médical, la castration utéro-annexielle est l'intervention de choix, pourvu que la bilatéralité des lésions ne fasse aucun doute : telle est la règle formulée aujourd'hui par la majorité des chirurgiens.

Jusqu'à ces dernières années, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'on s'adressait pour réaliser cette castration ; aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens donnent la préférence à la voie haute, ils font l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale. Les raisons de cette préférence ont été exposées plus haut ; nous n'avons pas à y revenir. Mais nous devons ajouter que la voie vaginale compte encore des partisans convaincus et autorisés.

Quoi qu'il en soit, tout le monde est d'accord pour sacrifier l'utérus en même temps que les annexes suppurées ; dans les cas de salpingo-ovarites bilatérales, l'opération de Lawson Tait est donc complètement abandonnée. Nous avons déjà expliqué pourquoi.

S'agit-il, au contraire, d'une salpingite unilatérale, ou bien a-t-on des raisons de supposer que les annexes ne sont pas très gravement atteintes ou d'espérer qu'une opération conservatrice pourra suffire ? La laparotomie retrouve tous ses droits, car elle n'expose pas le chirurgien à commettre des erreurs irréparables. Le ventre ouvert, il est beaucoup plus facile d'apprécier le degré de gravité des lésions que l'on a sous les yeux, et souvent on a la satisfaction de constater que les organes sont moins sérieusement atteints qu'on ne l'avait cru tout d'abord : on s'attendait à faire une ovaro-salpingectomie bilatérale, voire même une castration utéro-annexielle, et l'on est tout surpris de n'avoir qu'une trompe à réséquer, qu'une ovaire à ignipuncturer, ou, parfois même, simplement des adhérences à détruire et un utérus à redresser.

Bibliographie. — Okynzyčk. Salp. métastatiques (*Ann. de Gyn.*, 1910). — Keiffer. Salp. grippale (*Soc. belge de Gyn.*, 1909-1910). —

SCHRIDDE. Salp. supp., 1910). — GUITTARD. Pachysalp. hémorrh. (*Thèse de Montpellier*, 1911). — GRAPPIN. Salp. et périt. aigü (*Thèse de Paris*, 1910). — DALCHÉ. Trait. hydrothérapique (*La Gynécologie*, 1908). — JACOBSON. Résultats des op. conserv. (*Revue de* POZZI, 1911). — L. BAZY. Salp. et hyst. abd. (*Revue de* POZZI, 1912). — WALTHER. Ovarites et trait. conservateur (*Acad. de méd.*, 1913). — ROBERT. Salp. et trait. chirurgical (*Thèse de Montpellier*, 1912).

OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Synonymie. — *Dégénérescence micro-cystique des ovaires, ovaires à petits kystes, ovarite micro-cystique, sclérose ovarienne, dégénérescence scléro-kystique.*

Étiologie et pathogénie [1]. — On n'est pas encore près de s'entendre sur la nature de l'affection communément dénommée ovarite scléro-kystique ou dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire.

Pour les uns, et ce sont les plus nombreux, il s'agirait incontestablement d'une maladie d'origine infectieuse : l'ovaire à petits kystes serait l'aboutissant, la dernière étape de l'inflammation prolongée des annexes. « L'ovaire, comme la trompe, dit le professeur SEGOND, passe par une phase d'altération aiguë ; au début, le parenchyme est sain, seule la couche corticale s'enflamme au contact de la périoophorite ; puis le parenchyme s'infiltre à son tour de cellules embryonnaires et se creuse de nombreux kystes folliculaires à contenu séreux ou hématique ; à cette période d'infiltration aiguë succède une transformation purulente, caractérisée par de petits abcès miliaires, ou, le plus ordinairement.

1. Il ne sera question ici ni de l'*ovaire poly-kystique* ou *mégalo-kystique* signalé par le professeur Pozzi, ni de la *dégénérescence micro-cystique maligne* ou *folliculoma malignum* des Allemands, ces deux affections étant encore très mal connues et n'offrant aucun intérêt pratique, du moins jusqu'à nouvel ordre. Dans cette brève étude, nous n'aurons en vue que l'ovarite micro-kystique ordinaire, celle que tous les praticiens ont eu l'occasion d'observer. Quant au *folliculoma malignum*, on consultera avec intérêt le mémoire de M. S. GOTTSCHALK (*Archiv für Gyn.*, 1899, t. LIX, n° 3).

une dégénérescence scléro-kystique. » Telles sont aussi, ou à peu près, les opinions défendues par M. le professeur Pozzi, par MM. Doléris, Bonnet, Petit, Bouilly. Ce dernier est, toutefois, moins affirmatif : « Il y a, dit-il, des cas dans lesquels l'ovaire kystique paraît isolé de toute lésion périphérique ; il est seul malade, sans aucune lésion de voisinage, sans même de lésion tubaire... J'avoue manquer d'opinion sur la pathogénie de ces faits. »

Dans un travail paru en 1899, M. Fraikin (de Bordeaux) a essayé de débrouiller la question en interrogeant l'histologie pathologique et la bactériologie. Ses recherches ont porté sur les ovaires de 24 femmes atteintes de dégénérescence scléro-kystique typique. Pour lui, il s'agirait d'une entité morbide tout à fait distincte des autres maladies annexielles, entité d'origine manifestement microbienne, évoluant pour son propre compte, mais toujours secondaire à d'autres lésions génitales, et surtout à la salpingite. En somme, M. Fraikin ne dit rien qui n'ait déjà été mentionné ; la seule note personnelle qu'il est juste de signaler dans son travail, c'est le rôle qu'il attribue à la *congestion pelvienne*, laquelle interviendrait à titre de cause prédisposante et aggravante.

D'autres auteurs ont, au contraire, soutenu la *nature dystrophique* de cette affection, et M. Richelot est un de ceux qui ont défendu cette notion avec le plus de talent et de conviction. Pour nier l'origine microbienne de ces lésions, il s'appuie sur ce fait capital, à savoir que, chez les porteuses d'ovaires scléro-kystiques, la séreuse péritonéale n'offre aucune trace, aucun vestige d'infection ; l'ovaire seul est malade ; quant à la trompe, aux ligaments larges, au péritoine qui revêt l'utérus, leur intégrité est complète ; pas d'exsudats, pas de fausses membranes, pas d'adhérences, ni récentes, ni anciennes, entre l'ovaire et les organes voisins, tels que l'épiploon, l'intestin, etc. Il est vrai que M. Richelot parle de *sclérose utéro-ovarienne*, ce qui impliquerait que l'organe de la gestation n'est pas absolument normal ; mais nous avons vu que, chez ces femmes, la maladie de l'utérus consiste en altérations trophiques, c'est-à-dire que cet organe présente des lésions comparables à

celles de la glande génitale. En affirmant que la trompe, les ligaments larges, le péritoine pelvien sont sains, M. RICHELOT entend par là qu'ils ne présentent pas le moindre vestige d'un processus *infectieux* contemporain ni antérieur [1].

Mais M. RICHELOT n'est pas seul à avoir protesté contre la doctrine qui fait de l'ovaire scléro-kystique un organe chroniquement enflammé, c'est-à-dire *infecté*.

L'intégrité du péritoine pelvien, l'absence d'exsudats et d'adhérences entre l'ovaire et les autres organes ont également frappé l'attention de MM. BULIUS et KRETSCHMAR ; ces auteurs placent le point de départ de la maladie dans une *dystrophie vasculaire* et proposent de désigner l'affection sous le titre d'*angiodystrophia ovarii*. M. DUDLAY (de New-York) ne croit pas non plus à l'origine inflammatoire de l'ovaire micro-cystique, et il compare ces lésions à celles qui surviennent dans le tissu testiculaire sous l'influence du varicocèle ; M. WILLIAM PORTER a exprimé une opinion à peu près semblable. Citons aussi la théorie pathogénique proposée par M. SCHULTZ : d'après lui, il s'agirait d'une maladie primitive commandée par une perturbation du système nerveux central.

M. DALCHÉ a émis une opinion qui se rapproche beaucoup de celle de RICHELOT : la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire serait, en quelque sorte, l'*exagération d'une manière d'être ;* elle surviendrait comme un symptôme faisant naturellement partie de la vie génitale de certaines femmes ; en d'autres termes, elle se comporterait comme la manifestation génitale d'une diathèse, et cette diathèse est peut-être l'*arthritisme*, comme le veut M. RICHELOT.

De son côté M. J.-L. FAURE avoue que les causes de l'ovarite micro-cystique lui échappent ; « dans tous les cas, dit-il, il ne s'agit certainement pas de l'évolution d'une infection primitive, il y a autre chose ». En quoi consiste cette autre chose ? M. FAURE ne se charge pas de nous l'apprendre.

Tout en considérant l'ovarite scléro-kystique comme le

1. Il faut, bien entendu, excepter les cas dans lesquels les lésions scléro-kystiques coïncident avec un pyosalpinx ou un abcès de l'ovaire. Pour la démonstration de la théorie, on ne doit faire entrer en ligne de compe que des malades atteintes de sclérose ovarienne *pure*.

résultat éloigné d'un processus inflammatoire, quelques auteurs, parmi lesquels nous nommerons MM. ROUSSAN, PUYG, VALLIN, ROLLIN, DIVARIS, insistent beaucoup sur le rôle joué par la *congestion pelvienne* dans la pathogénie des lésions qui nous occupent. « L'ovaire, dit M. PUYG dans sa thèse (Paris, 1893-1894), est sujet à des hyperhémies pathologiques en dehors de la période menstruelle... Au début, il n'y a pas de lésions anatomiques ; la congestion guérit complètement après la disparition de l'élément causal. Mais, si celui-ci persiste, si les congestions se répètent fréquemment, il se produit une véritable ovarite subaiguë... Quelles sont les causes de ces congestions ? Les inflammations ordinaires de l'utérus, les myomes, le varicocèle tubo-ovarien, les déviations utérines, etc., et surtout la *métrite* et la *salpingite*. Lorsque cette congestion est très intense, on peut observer des ruptures vasculaires, d'où les hémorragies ou apoplexies ovariennes. »

Pour cet auteur, les lésions de l'ovarite scléro-kystique ne sont donc pas dues à l'intervention directe des microorganismes ; ceux-ci n'agiraient que par l'intermédiaire des modifications anatomiques qu'ils déterminent dans la trompe, dans l'utérus, dans les vaisseaux du plexus utéro-ovarien, etc.

En terminant, rappelons aussi l'opinion défendue par NAGEL, pour qui la dégénérescence n'est pas une maladie, mais tout simplement l'*exagération d'un état physiologique :* il affirme avoir observé, chez des femmes en parfaite santé, des ovaires renfermant des follicules atteignant presque la grosseur d'un œuf de poule. On pourrait objecter à M. NAGEL que ces malades ne rentrent pas dans la catégorie qui nous intéresse, car il n'est guère possible de considérer comme micro-cystiques des ovaires possédant des kystes de ces dimensions.

Anatomie pathologique. — L'ovaire est presque toujours augmenté de volume, mais cette hypertrophie n'est jamais excessive, et il est exceptionnel que la glande atteigne la grosseur d'une mandarine ; sa surface externe est soulevée par de petites bosselures de dimensions inégales, qui correspondent à autant de petits kystes périphériques.

En examinant une coupe, on constate que le parenchyme a un aspect blanchâtre, et qu'il est formé par un feutrage de fibres entrecroisées creusé d'un grand nombre de vacuoles, qui ne sont autre chose que des kystes. Ces kystes peuvent être fort nombreux ; le stroma se trouve alors réduit à quelques traînées fibreuses et le tissu ovarique paraît formé d'une série d'alvéoles de grandeurs diverses, séparées par de minces cloisons. Le volume de ces kystes est variable, *mais jamais considérable :* ordinairement, ils ont la grosseur d'un petit pois ; il est fort rare qu'ils atteignent ou dépassent celle d'une noisette ; les faits relatifs à des ovaires renfermant des kystes gros comme des noix ou des œufs ne concernent donc nullement la maladie qui nous occupe.



Fig. 203. — Ovaire scléro-kystique.

A côté d'ovaires criblés de kystes et dans lesquels le parenchyme est réduit à peu de chose, il y en a qui se caractérisent, au contraire, par la prédominance du tissu scléreux; entre ces deux types, on observe des formes intermédiaires.

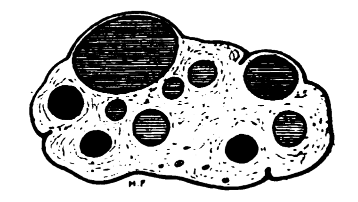


Fig. 204. — Ovaire scléro-kystique (coupe).

Ces kystes sont formés par l'hypertrophie des follicules ; leur paroi, très mince, adhère au stroma ovarien ; le liquide qu'ils renferment est ordinairement séreux, souvent hématique ; quelquefois le contenu consiste en un magma d'apparence caséeuse.

A moins d'une salpingite concomitante, on ne trouve ni exsudats ni adhérences entre la glande et les organes voisins ; le péritoine pelvien est également indemne de toute lésion inflammatoire ; quant à la trompe, elle est ordinairement saine, quelquefois faiblement congestionnée. En revanche, les veines du plexus utéro-ovarien sont volumi-

neuses, flexueuses, dilatées ; elles forment un paquet variqueux ou une traînée qui rappelle le varicocèle de l'homme : c'est ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *varicocèle ovarien* ou *pelvien*.

Au point de vue histologique, on constate, en général, les lésions suivantes : les follicules sont les uns atrophiés, étouffés par du tissu de sclérose, les autres hypertrophiés et transformés en kystes ; les ovules n'existent plus ; quant aux follicules primordiaux ils sont très petits, peu nombreux ou font même complètement défaut. Du côté des vaisseaux, on constate des modifications importantes : les artères présentent un épaississement considérable de leurs parois avec hypergénèse des fibres élastiques ; on a noté aussi des lésions de dégénérescence hyaline pouvant aboutir à l'oblitération de la lumière vasculaire ; les veines présentent des altérations phlébitiques ; enfin, les lymphatiques eux-mêmes sont souvent très dilatés, avec, dans leur intérieur, des cellules granuleuses et des leucocytes plus ou moins dégénérés.

Symptômes et diagnostic. — L'évolution clinique de l'ovarite scléro-kystique rappelle de tout point celle de la sclérose utérine, qui nous est déjà connue : ce sont les mêmes crises douloureuses, les mêmes troubles du côté du système nerveux, les mêmes ménorragies et métrorragies, et cette identité de symptômes n'a rien qui puisse surprendre, puisque les deux processus, ovarien et utérin, évoluent simultanément dans la plupart des cas ; cependant il peut y avoir prédominance de l'un ou de l'autre.

Si ce sont les lésions ovariennes qui l'emportent, l'examen direct révélera une hypertrophie plus ou moins marquée de l'un de ces organes ou des deux à la fois, d'où confusion possible avec la salpingo-ovarite suppurée, confusion que tous les auteurs ont signalée. L'erreur est assez facile à éviter. A moins d'une infection tubaire concomitante, l'ovaire scléro-kystique est toujours mobile, il fuit sous les doigts ; son volume atteint bien rarement celui d'un hémato ou d'un pyosalpinx et sa consistance ne rappelle pas du tout celle des annexes enflammées ; enfin, dans l'ovarite microcystique, il n'y a ni fièvre, ni état général infectieux, ni

réaction péritonéale, et la douleur, si vive soit-elle, peut disparaître comme par enchantement du jour au lendemain, phénomène qui ne s'observe jamais chez les personnes atteintes d'infections annexielles ; ce dernier trait est tout à fait caractéristique de la sclérose utéro-ovarienne.

Rappelons, en terminant, que l'ovarite scléro-kystique peut coexister avec une infection des annexes, et cette coïncidence est loin d'être rare ; chez ces malades, la sclérose ovarienne passe alors au second plan, ses symptômes se confondent avec ceux, beaucoup plus marqués, du processus microbien : le diagnostic n'est possible que sur la table d'opération.

Terminaisons et pronostic. — L'ovarite scléro-kystique n'est pas une affection grave, en ce sens qu'elle ne menace jamais ou presque jamais directement l'existence ; en revanche, elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée. Abandonnées à elles-mêmes, ces malades deviennent souvent de véritables infirmes, incapables de travailler pour gagner leur vie. Néanmoins, il faut ajouter que, dans un grand nombre de cas, il suffit de quelques soins médicaux, de l'observance d'une hygiène relative pour rendre la vie très supportable. Mais on aurait tort de se laisser aller à un optimisme excessif, car trop nombreuses sont encore les femmes obligées de subir des interventions sérieuses ou de se soumettre à des traitements assujettissants et dispendieux.

Exceptionnellement, l'ovarite à petits kystes revêt des allures inquiétantes et comporte un pronostic des plus graves : nous voulons parler des hémorrhagies redoutables qu'elle a parfois occasionnées. M. Depage en a rapporté un exemple intéressant : il s'agissait d'une jeune fille vierge qui dut être opérée d'urgence pour des symptômes d'hémorrhagie interne ; le ventre ouvert, on trouva une grande quantité de sang épanché dans le péritoine ; l'ovaire droit était énorme et criblé de foyers hémorragiques ; on en fit l'ablation, et la malade guérit sans incidents ultérieurs. L'examen de la pièce révéla des lésions très étendues de sclérose, les follicules étaient atrophiés, etc. Disons tout de suite que ces formes graves sont rares, mais il suffit qu'elles puissent se

présenter pour qu'il faille en tenir compte dans le pronostic général de la maladie.

Traitement. — Il n'y a pas très longtemps que les chirurgiens ont renoncé à traiter d'emblée l'ovarite scléro-kystique par l'extirpation. Cependant il serait excessif de soutenir que les femmes atteintes de cette affection ne doivent jamais être privées de leurs ovaires ; personne ne saurait sérieusement admettre que des organes farcis de kystes, réduits à l'état de tissu fibreux, devenus non seulement inutiles, mais encore la source de souffrances continuelles, doivent être respectés. En effet, il est aujourd'hui bien démontré que si l'ablation ne met pas toujours un terme aux symptômes douloureux, il y a cependant des malades que la castration a délivrées de tous leurs maux, preuve indéniable que la cause des troubles observés consiste réellement dans les altérations scléro-kystiques, du moins, dans un grand nombre de cas.

D'une autre part, il ne faut pas oublier que la dégénérescence micro-cystique évolue rarement à titre de lésion limitée aux glandes génitales ; elle coïncide ordinairement avec un utérus malade, sujet aux poussées congestives ou même déjà atteint de sclérose. Nous avons vu combien M. Richelot a insisté sur cette importante relation : la *sclérose utéro-ovarienne,* qu'il a si bien décrite, explique pourquoi des femmes, qui ont subi la castration ovarienne seule, continuent de souffrir : c'est qu'on a épargné un organe voisin qui était sérieusement malade : l'utérus. Tous ces faits nous sont connus.

Revenons aux ovaires à petits kystes. L'intervention sanglante doit être l'exception, mais elle répond alors à des indications assez précises. Beaucoup de ces malades sont justiciables d'un traitement purement médical, et ce traitement est exactement celui que nous avons exposé à propos de la sclérose utérine ; nous n'avons pas à y revenir. Ce qu'on ne saurait trop recommander aux praticiens, c'est de l'appliquer avec rigueur et pendant un temps suffisant : pas seulement pendant quelques semaines, mais pendant plusieurs mois, et même un ou deux ans.

En cas d'échecs réitérés, la chirurgie retrouve tous ses droits. Mais, ici encore, il y a lieu de distinguer plusieurs cas :

Si les ovaires sont très volumineux, sensibles à la palpation bimanuelle, si l'utérus est lui-même gros, dur, douloureux, s'il y a des métrorragies rebelles, l'hystérectomie vaginale pourrait être conseillée d'emblée. D'autres trouvent plus sage, plus conforme aux indications de recourir d'abord à la laparotomie, qui permettra au chirurgien de se rendre mieux compte de l'état des annexes ; dans des circonstances analogues, on a vu plus d'une fois la guérison radicale survenir à la suite d'opérations rigoureusement conservatrices (ablation d'un ovaire, résection et ignipuncture de l'autre, salpingostomie, etc.). A-t-on échoué ? On a toujours la ressource de l'hystérectomie secondaire. Cette conduite prudente s'impose formellement chez les très jeunes femmes ; elle est moins défendable lorsqu'il s'agit de multipares, surtout si l'utérus paraît sérieusement compromis. Mais ce qu'il faudra toujours éviter, *c'est d'extirper les annexes des deux côtés en laissant la matrice :* le retour des douleurs et des autres troubles est inévitable, nous avons dit pourquoi.

SALPINGITE ACTINOMYCOSIQUE

Salpingite actinomycosique. — Hedinger (de Bâle) vient de publier l'observation d'une femme de 40 ans, atteinte de salpingite supposée tuberculeuse et dans la trompe de laquelle le microscope a décelé la présence de grains d'actinomycètes. (*Schw. Rundschau*, 1913.)

Bibliographie. — Wagner. Actinomycose annexielle (*Surgery, gyn. and obst.*, 1910). — Taylor (*Soc. royale de médecine de Londres*, 1909). Hamme et Keller. Actinomycose des organes génitaux (*Beitrage zur Geb. und Gyn.*, 1909).

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Étiologie et pathogénie. — On dit qu'il y a grossesse ectopique toutes les fois que le fœtus se développe en dehors de la cavité de la matrice.

La grossesse ectopique est loin de constituer une rareté, comme le croyaient les anciens chirurgiens, si timides en fait d'interventions abdominales ; depuis qu'on ouvre impunément les ventres, les cas de cette grave anomalie se sont multipliés d'une manière surprenante, de sorte qu'on peut la considérer aujourd'hui comme un accident assez fréquent.

Nous ne savons absolument rien des causes qui font que l'œuf évolue en dehors de la cavité utérine ; on a bien incriminé les *infections tubaires*, la *chute des cils vibratiles*, le *rétrécissement de l'ostium utérinum*, les *déviations de la trompe* causées par des *adhérences inflammatoires*, les *tumeurs* voisines des cornes, etc. : autant d'hypothèses qui attendent encore confirmation. Tout ce qu'il est permis d'avancer, c'est que la grossesse extra-utérine s'observe surtout dans l'âge moyen de la vie génitale ; elle est très rare avant la vingtième année.

Anatomie pathologique. — On distingue plusieurs variétés de grossesse extra-utérine ; dans la très grande majorité des cas, c'est à une *grossesse tubaire* que l'on a affaire ; mais il est bien établi aujourd'hui que l'œuf peut aussi se développer dans une *corne utérine*, dans l'*ovaire* et *même en pleine cavité abdominale.*

Grossesse tubaire. — Elle peut être *bilatérale*, *gémellaire* ou *même coïncider avec une grossesse normale.* On a signalé, chez la même femme, la récidive dans la même trompe ou dans celles du côté opposé. Enfin, quant au siège occupé par l'œuf, on distingue : α) la *grossesse tubaire proprement dite*, qui peut être *ampullaire* ou *isthmique;* β) la *grossesse tubo-utérine interstitielle* ; γ) la *grossesse tubo-abdo-*

minale. Le titre de chacune de ces variétés indique suffisamment leurs caractères différentiels ; nous n'insistons donc pas.

Au début de son évolution, l'œuf est entouré de ses membranes comme lorsqu'il se développe dans la cavité de la matrice ; mais, à mesure que la grossesse avance en âge, la trompe augmente de volume, devient kystique et ressemble assez à une cornemuse ; ses parois, d'abord épaissies et hypertrophiées, finissent par s'amincir et s'érailler par le fait de la distension ; sa muqueuse se vascularise, elle devient tomenteuse et se couvre de villosités qui s'entre-

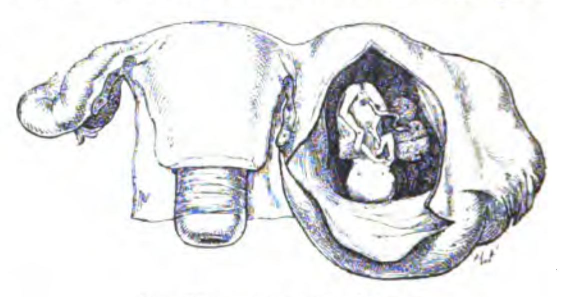


Fig. 205. — Grossesse tubaire.

croisent avec celles du chorion. Ces villosités tubaires se creusent de véritables lacs sanguins qui communiquent avec les artères et les veines. Mais il arrive ordinairement que les villosités choriales s'atrophient, ce qui a pour résultat d'ouvrir les lacs sanguins dont nous venons de parler, d'où la production d'hémorragies qui décollent l'œuf. Celui-ci peut être refoulé au centre de la trompe, ou bien chassé dans la cavité utérine ou encore projeté hors de la poche, dans la cavité péritonéale.

Du côté de l'utérus, on constate des modifications intéressantes : l'organe s'hypertrophie dès le début de la grossesse anormale et reste volumineux jusqu'à la fin de celle-ci ; on note un ramollissement très appréciable du col, absolument comme dans la gravidité ordinaire ; enfin, la muqueuse elle-même se change en une caduque qui s'élimine en bloc ou par fragments, exactement comme la caduque des grossesses normales.

Dans certains cas rares, il peut arriver que la grossesse tubaire parvienne près du terme normal, et l'on a rapporté des exemples d'enfants extraits vivants grâce à une intervention opportune ; beaucoup plus souvent elle donne des fœtus morts, macérés ou transformés en *lithopœdion* [1]. Il n'en est pas moins vrai que ces exemples constituent des exceptions ; en règle générale, la grossesse ectopique s'interrompt brusquement vers le deuxième ou le troisième mois par le décollement de l'œuf, qui s'accompagne d'accidents plus ou moins sérieux. Parfois, il se produit un épanchement de sang dans la trompe, un ***hémato-salpinx***, qui se termine par la résorption des caillots sanguins et de l'embryon, ou qui persiste pendant plusieurs années sans donner lieu à aucun symptôme caractéristique. Beaucoup plus souvent, c'est un ***avortement tubaire*** qui vient mettre un terme à l'évolution de la grossesse ectopique. Deux issues sont possibles : ou bien l'œuf tombe dans la cavité utérine, d'où il est expulsé dans le vagin : c'est l'***avortement tubo-utérin*** que l'on confond toujours avec une fausse couche commune ; ou bien il est chassé vers le pavillon, d'où il tombe dans la cavité péritonéale : on a alors l'***avortement péritonéal***, qui est une des causes de l'***hématocèle rétro-utérine***. Telles sont les destinées de l'œuf dans les grossesses tubaires.

Il est un accident beaucoup plus fréquent qui vient interrompre le développement de l'œuf : nous voulons parler de la ***rupture*** de la poche tubaire, origine de la plupart des hématocèles pelviennes que nous décrivons ailleurs.

La rupture tubaire est l'accident le plus grave de la grossesse extra-utérine, car elle s'accompagne d'une hémorragie intra-péritonéale qui peut être mortelle. Elle se produit ordinairement ***dans le courant du troisième mois***. La solution

1. On possède un exemple de grossesse tubaire parvenue au 13e *mois sans rupture*. L'abdomen était énormément distendu, les douleurs vives, et la malade avait des métrorragies très copieuses. La laparotomie permit d'extraire un fœtus pesant 2 600 grammes. L'opérée guérit : elle était âgée de 34 ans et mère de 3 enfants venus à terme.

On doit citer encore le cas si curieux rapporté par Letoux (de Nantes) et relatif à une grossesse ayant évolué jusqu'au terme normal ; le fœtus mort fut oublié dans le kyste *pendant trente-cinq ans*, puis extrait par laparotomie !

de continuité siège presque toujours au niveau de l'insertion placentaire, qui est la partie la moins résistante de la paroi tubaire, à cause de la pénétration des villosités choriales ; il suffit d'une très faible augmentation de la pression intra-tubaire, amenée par une poussée hémorragique, pour que la paroi cède et se déchire sur une étendue de 1 à 3 centimètres, d'après les observations de CESTAN. Un épanchement de sang plus ou moins abondant se fait aussitôt, entraînant avec lui, dans la cavité abdominale, l'œuf, qui se déchire presque toujours en mettant en liberté l'embryon au milieu des caillots. Dans certains cas rares, l'œuf, expulsé en entier dans le ventre, peut continuer à vivre, de sorte que la grossesse tubaire se trouve transformée en ***grossesse abdominale*** ou ***péritonéale secondaire.***

Grossesse ovarienne. — L'œuf se développe dans un follicule de DE GRAAF, comme l'a bien démontré VAN TUSSENBROECK, au ***Congrès de Gynécologie d'Amsterdam***, en 1899. Cette observation est peut-être la seule qui soit à l'abri de toute critique. L'excessive rareté de ce type de grossesse ectopique ne saurait intéresser le praticien, aussi nous semble-t-il superflu d'en parler plus longuement.

Grossesse abdominale ou péritonéale. — Elle est ***primitive*** ou ***secondaire***. Dans le premier cas, l'ovule se développe d'emblée dans la cavité abdominale. « Lorsque l'ovule tombe dans la cavité abdominale, dit le professeur POZZI, et qu'il est fécondé, il peut y parcourir toutes les phases de son développement ; il s'y enveloppe le plus souvent d'un sac pseudo-membraneux qui peut être très épaissi par l'adjonction de couches successives et adhère fortement aux organes voisins. Dans des cas rares, au contraire, le fœtus n'a pour toute enveloppe qu'une membrane mince et transparente ; mais il se produit dans les viscères en contact avec l'œuf (intestin, épiploon, etc.) une vascularisation extrême. Il n'y a rien qui rappelle la présence d'une caduque. » Le placenta s'insère en un point quelconque, sur le fond de l'utérus, sur la paroi pelvienne postérieure, etc. Chose curieuse, l'évolution de l'œuf se poursuit, parfois, jusqu'à son terme ou très

près du terme, sans donner lieu à des accidents appréciables, de sorte que plus d'un accoucheur a cru se trouver en présence d'une grossesse ordinaire. Ce qui favorise encore la confusion, c'est que les malades ont généralement des symptômes de faux travail, avec tranchées; hémorragies, etc.

La rupture est un accident tout à fait sérieux et qui peut survenir à la suite d'un traumatisme ; la résorption n'est possible que si le fœtus est mort à une époque peu avancée de son évolution. Parfois, le liquide amniotique disparaît, le fœtus se flétrit, s'infiltre de sels calcaires et persiste indéfiniment sous la forme de *lithopædion* sans occasionner de troubles. Beaucoup plus souvent, la mort du fœtus s'accompagne d'accidents graves, le kyste s'infecte par des micro-organismes venus de l'intestin, etc.

Quant à la *grossesse péritonéale secondaire*, elle est la conséquence d'un accident survenu au cours d'une grossesse tubaire. A la suite d'une rupture ou d'un avortement tubo-abdominal, l'œuf, plus ou moins avancé dans son évolution, tombe dans le péritoine, s'y greffe, et, à partir de ce moment, se comporte comme un œuf de grossesse primitive.

Grossesse développée dans une corne rudimentaire. — Nous ne dirons que quelques mots de cette variété qui est extrêmement rare. Le kyste fœtal forme une tumeur, à pédicule très court, implantée à l'union du corps et du col de l'utérus ; elle donne insertion à la trompe et au ligament rond.

Abandonné à lui-même, ce type de grossesse ectopique se termine toujours par la rupture de la poche et la mort de la patiente.

Symptômes. — Dans un certain nombre de cas, la grossesse ectopique débute comme une grossesse normale : les règles sont supprimées, les seins augmentent de volume, il y a des troubles gastriques, des sensations particulières, enfin un ensemble de symptômes qui ne laissent guère de place au doute. Par le toucher vaginal on constate que le col est ramolli, et, en même temps, on découvre une petite tumeur latérale que l'on prendrait infailliblement pour une inflammation annexielle, si l'on n'était pas déjà sur la voie du véri-

table diagnostic par les symptômes fonctionnels concomitants. Malheureusement les choses ne se présentent pas toujours avec cette netteté ; au lieu de manquer, l'écoulement menstruel persiste ou bien est simplement diminué, les seins ne sont pas plus gros que d'habitude, et le col, sans avoir sa consistance normale, n'offre pas, non plus, cette sensation de mollesse si caractéristique de la gravidité ; enfin, la malade se plaint de ressentir des douleurs vagues dans toute la région hypogastrique ; en pratiquant le toucher vaginal, il est impossible de ne pas porter le diagnostic de salpingo-ovarite, et, jusqu'à ce que le kyste fœtal ait atteint des dimensions considérables, c'est-à-dire jusque vers le cinquième mois, ce diagnostic s'imposera, à moins que la femme n'expulse une caduque utérine, ou que l'évolution de la grossesse anormale ne soit brusquement interrompue par un des accidents dont nous avons déjà parlé : rupture, avortement tubaire, etc. ; c'est, d'ailleurs, ce qui survient dans la majorité des cas, car il est bien rare que la grossesse se poursuive sans incidents pendant quatre ou cinq mois.

A partir du cinquième ou du sixième mois, les signes de grossesse sont trop évidents pour qu'il soit possible de formuler un autre diagnostic ; mais, presque toujours, on croit avoir affaire à une grossesse normale, car on ne pense pour ainsi dire jamais à constater l'indépendance de l'utérus, et, y songerait-on, qu'il est ordinairement fort difficile de faire la part de ce qui appartient à la matrice et de ce qui dépend du kyste fœtal. Cependant la grossesse ectopique poursuit son évolution et reste méconnue jusqu'à ce qu'un accident imprévu ou des symptômes de faux travail soient survenus pour rectifier, un peu plus tard, le diagnostic.

Diagnostic. — Au début de son évolution, et tant qu'il reste enclavé dans le petit bassin, le kyste fœtal peut être confondu avec n'importe quelle tumeur annexielle, inflammatoire aussi bien que néoplasique ; la distinction n'est possible que si la patiente présente des signes évidents de grossesse, tels que l'arrêt de la menstruation, le ramollissement du col, la tuméfaction des seins ; pourvu, toutefois, que ces

symptômes se produisent avec une netteté suffisante, ce qui, malheureusement, n'est pas toujours le cas.

A une période plus avancée, à partir du sixième mois, le diagnostic de la grossesse s'impose ; mais, pour avoir le droit d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une grossesse ectopique, il est indispensable de constater que l'utérus est indépendant du kyste fœtal.

En cas de fœtus mort, et pour peu que les autres symptômes de gravidité ne soient pas suffisamment caractéristiques, le diagnostic suscitera de très sérieuses difficultés : la confusion avec une *tumeur solide de l'ovaire*, avec un *corps fibreux de la matrice*, avec une *tumeur du ligament large* n'est pas toujours facile à éviter ; c'est dans ces cas que les commémoratifs, les données fournies par les examens antérieurs sont d'un précieux secours pour arriver à la vérité.

Pronostic. — Abandonnée à elle-même, la grossesse extra-utérine se termine presque toujours par la mort de la femme et celle du fœtus. En général, les malades succombent aux suites de la rupture du sac fœtal ou à l'avortement tubaire, c'est-à-dire à l'hémorragie. Mais la mort peut être aussi le résultat de l'infection du sac après la mort du fœtus et survenue sous l'influence des microorganismes émanés de l'intestin ; enfin, on l'a vue succéder à la suppuration d'une collection péritonéale libre ou enkystée.

La transformation du kyste fœtal en *lithopœdion* est trop exceptionnelle pour qu'il soit prudent d'y compter ; quant à la terminaison par hématocèle, il est impossible de savoir à l'avance s'il se produira un enkystement de la collection et non une inondation péritonéale mortelle.

En somme, seule l'intervention chirurgicale peut arracher ces malades à une mort à peu près certaine.

Traitement. — « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale », a dit le professeur PINARD, et il n'est pas, aujourd'hui, un seul chirurgien qui ne souscrive à cette proposition.

Mais la conduite à tenir différera suivant que le produit

de la conception est viable, ou, au contraire, encore éloigné du terme de la grossesse.

Il est admis que les accidents de rupture sont relativement peu fréquents à partir du sixième mois ; il y aurait donc avantage à ajourner l'opération, afin d'avoir un enfant vivant et viable ; mais cette considération ne doit pas faire perdre de vue l'intérêt de la mère, lequel doit primer tous les autres ; donc, pour peu que la continuation d'une grossesse ectopique risque de compromettre les jours de la patiente, l'intervention s'impose immédiatement.

Quel est le but poursuivi par le chirurgien ? Interrompre le cours de la grossesse en supprimant le kyste fœtal considéré, dès lors, comme une tumeur maligne et traité comme telle. Théoriquement, rien de plus simple ; dans la pratique, cette extirpation constitue une des interventions les plus graves de la gynécologie. Dans ces grossesses avancées, le kyste fœtal s'est dégagé de la trompe et se trouve libre en pleine cavité péritonéale, au milieu des anses intestinales ; en réalité, il s'agit de *grossesses abdominales secondaires*. Le volume considérable du placenta, l'énorme vascularité des adhérences si nombreuses qui unissent la poche aux organes voisins, surtout à l'intestin, assombrissent singulièrement le pronostic opératoire. Quel est le chirurgien qui ne s'est pas trouvé aux prises avec les terribles hémorragies qui accompagnent l'ablation du sac et celle du placenta? Comme le fait observer J.-L. FAURE, « l'extraction du placenta peut donner lieu à une hémorragie formidable, incoercible, mortelle, devant laquelle le chirurgien le plus expérimenté pourra, malgré sa hardiesse, sa rapidité, son sang-froid, rester désarmé ». Le professeur POZZI a également attiré l'attention sur les tristes résultats fournis par les premières opérations; il cite M. MAYGRIER, qui, sur 17 cas réunis en 1886, comptait 15 morts pour la mère (88,2 0/0); 10 fois la femme était morte d'hémorragie soit au moment de l'incision, parce que le placenta adhérait en avant et avait été intéressé à l'ouverture du kyste, soit au cours de l'opération, par suite du décollement du placenta, soit pendant les jours qui suivirent l'intervention, alors qu'avait lieu le décollement spontané de fragments placentaires.

C'est en vue de prévenir de pareilles catastrophes que plusieurs chirurgiens, MM. Segond, Routier, Pinard, entre autres, ont conseillé la *marsupialisation* du sac, c'est-à-dire sa suture aux lèvres de la plaie abdominale ; le fœtus est enlevé, mais on ne touche pas au placenta, qui est abandonné à son élimination spontanée.

Malheureusement, cette méthode n'est pas exempte de très sérieux inconvénients, dont le plus redoutable est l'infection du placenta en train de se mortifier au milieu des anses intestinales. Dans un cas personnel de grossesse péritonéale que je crus devoir traiter par la marsupialisation, l'infection du placenta se déclara au bout de sept jours, et la malade présenta tous les symptômes de la fièvre puerpérale classique : la température oscillait de 39° à 41° ; l'accès fébrile était précédé d'un frisson violent et prolongé, et suivi d'un stade de sueurs profuses. La poche dégageait une odeur de sphacèle intolérable, malgré des irrigations à l'eau oxygénée et les pansements les plus soignés. La gravité de la situation me décida à pratiquer l'extraction du placenta sous chloroforme, car toutes les tentatives que j'avais faites jusque-là avaient échoué à cause de la solidité des adhérences, de la douleur que je causais à la malade, surtout à cause de l'abondance de l'hémorragie. C'était la seule chance de salut. Mais, bien que nous fussions *au seizième jour de la première opération*, l'extraction du placenta provoqua une hémorragie formidable qui faillit tuer la patiente sur le coup.

Très vraisemblablement l'exemple que je cite ne constitue pas une exception ; aussi ne suis-je pas peu surpris de l'optimisme de M. J.-L. Faure, qui, tout en recommandant l'extirpation immédiate comme la méthode de choix, estime que la marsupialisation est un pis-aller assez avantageux : « Les seuls accidents que l'on puisse craindre, dit-il, sont des accidents de septicémie accompagnant la désagrégation du placenta abandonné ; mais il ne faut pas faire ces accidents plus graves qu'ils ne le sont en réalité, et *ils le sont peu*, puisque Pinard, sur 17 marsupialisations, n'a eu que 1 seul décès, encore ce décès était-il celui d'une femme opérée *in extremis* ; si bien qu'il faut, selon l'expression de Pinard,

redouter beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorragie par extraction immédiate.

On me pardonnera d'être d'un sentiment absolument contraire ; la marsupialisation est une méthode détestable, un véritable expédient, et elle ne saurait être autre chose ; la mortification du placenta étant inévitable, je ne vois pas comment on pourrait compter sur une élimination aseptique, surtout si l'on songe au voisinage immédiat de l'intestin, qui est un véritable foyer microbien ; je pense donc, à l'encontre de l'opinion formulée par le professeur PINARD, qu'il faut redouter beaucoup plus la septicémie par rétention que l'hémorragie par extraction immédiate. Un chirurgien expérimenté, rompu aux difficultés de la chirurgie abdominale, viendra toujours à bout de l'hémorragie, surtout s'il est secondé par un aide exercé, qui comprime l'aorte abdominale pendant le décollement du sac ; dans le cas où des adhérences trop intimes avec l'intestin rendraient ces manœuvres impossibles, le chirurgien procédera à l'extraction du placenta seul, et la poche sera fortement tamponnée avec de la gaze aseptique. Avec du sang-froid, de la rapidité et surtout en utilisant la compression aortique, on a toutes les chances de mener à bien cette redoutable opération, assurément une des plus émouvantes de la chirurgie, sinon la plus grave de toutes.

Tout ce que nous venons de dire s'applique également aux grossesses ectopiques plus jeunes, à l'exception de la date de l'intervention qui, avant le sixième mois, ne doit jamais être retardée. Mais les difficultés opératoires sont à peu près les mêmes lorsqu'il s'agit de grossesses abdominales, surtout s'il y a inclusion dans le ligament large. Dans le cas de grossesse *tubo-interstitielle*, caractérisée par l'adhérence intime du sac à la matrice, le sacrifice de l'organe de la gestation peut s'imposer, afin de conjurer une hémorragie mortelle et de faciliter l'ablation du kyste fœtal. Naturellement c'est toujours à la laparotomie qu'il faudra recourir.

La voie haute est indiquée même pour les grossesses très jeunes et franchement tubaires ; la pédiculisation parfaite de la tumeur rend l'opération aussi simple que s'il s'agissait de l'ablation de la salpingo-ovarite ordinaire.

Faut-il intervenir dans les cas de *lithopœdion ?* Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, car la poche peut s'infecter et provoquer des accidents fort graves. Ici encore, c'est à la laparotomie qu'il faut s'adresser, à moins que la tumeur fœtale soit plus accessible par le vagin, ce qui arrive assez rarement.

Bibliographie. — SEGOND. Traitement des grossesses extra-utérines (*Congrès de gynécologie de Marseille,* 1898). — PICQUÉ, Trois cas de grossesse extra-utérine (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris,* 1896, t. XXII, p. 30). — GRINESDALE (*The Journal of obs. and gyn. of the brit Empire,* 1913). — BOQUEL (*Arch. mens. d'obst. et de gyn.,* 1912. — ZURHELLE. Gross. ect. et radiographie (*Centralb. f. Gyn.,* 1912). — LETOUX. Grossesse ectop. évoluant à terme (*Gaz. méd. de Nantes,* 1912).

KYSTES DE L'OVAIRE

L'ovaire peut être le siège d'un grand nombre de formations kystiques de nature fort disparate.

Nous parlerons plus loin des *kystes hématiques* et des *kystes folliculaires.* De même, nous étudierons ailleurs les *kystes dermoïdes* que nous dénommerons *tératomes bénins,* et les *kystes mixtes* que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de *tératomes malins.*

Dans cet article, nous n'aurons en vue que l'étude des kystes à grand développement, ceux qu'on appelle vulgairement les *grands kystes de l'ovaire.*

Ces néoplasmes sont décrits sous plusieurs autres noms. M. QUENU les dénomme *cysto-épithéliomes, épithéliomas kystiques ;* M. le professeur POZZI les appelle *kystes proligères,* et M. MALASSEZ *épithéliomes mucoïdes.* Ce qui est bien démontré aujourd'hui, c'est que ces vastes collections liquides sont des néoplasmes d'*origine épithéliale,* de *véritables épithéliomas,* mais des épithéliomas *enkystés,* c'est-à-dire des tumeurs à évolution bénigne, du moins dans la grande majorité des cas [1].

1. KYSTES HYDATIQUES. — ABRAMITSCHEFF a publié, en 1912, un cas de *kystes hydatiques* simultanés de la trompe et de l'ovaire droits chez

Étiologie et pathogénie. — Ces tumeurs s'observent surtout pendant la période de l'activité génitale de la femme. Rares avant vingt ans et après soixante, elles présentent leur maximum de fréquence entre trente et cinquante ans. Cependant on en a rapporté des exemples indéniables dans le très jeune âge, chez des fillettes de cinq à douze ans.

Le rôle de l'*hérédité* ne paraît pas négligeable, car on a plus d'une fois noté l'existence de ces néoplasmes chez plusieurs membres d'une même famille ; quant à la grossesse, quoi qu'en aient dit certains auteurs, il ne semble pas qu'elle ait une réelle influence sur leur développement.

On a cru pendant longtemps que les grands kystes ovariens se développaient aux dépens de l'hydatide de MORGAGNI.

En 1812, MECKEL[1] publia son livre, où il était démontré que ces tumeurs dérivaient de l'hydropisie des follicules de DE GRAAF.

Tout en admettant cette origine pour les kystes ovariques simples, quelques anatomistes, BAUCHET[2], CRUVEILHIER[3], VIRCHOW[4], ROKITANSKI[5] soutenaient que les kystes complexes étaient dus à une néoformation du stroma ovarien avec dégénérescence colloïde.

Aujourd'hui, c'est la théorie pathogénique de WALDEYER[6] qui, plus ou moins modifiée, compte le plus grand nombre de partisans. Pour WALDEYER, les épithéliomas mucoïdes de l'ovaire proviendraient d'une involution de l'épithélium germinatif qui tapisse la glande ; les kystes se développeraient dans les *cordons de* PFLÜGER. Or on sait que ces cordons, dépendances de l'épithélium germinatif dont nous venons de parler, s'invaginent pendant la vie intra-utérine

une femme qui présentait deux tumeurs abdominales parfaitement distinctes et remontant jusqu'à l'ombilic. Hystérectomie subtotale et ablation des annexes. Guérison. L'examen des pièces enlevées révéla la présence de nombreuses vésicules filles dans les deux tumeurs.

1. MECKEL. *Handbuch der path. Anatomie*, 1812, Leipzig.
2. BAUCHET. *Mémoire à l'Acad. de Médecine*, 1858.
3. CRUVEILHIER. *Anat. pathologique*, 1857, t. III.
4. VIRCHOW. *Traité des Tumeurs*, t. III.
5. ROKITANSKI. *Soc. des médecins de Vienne*, 1860.
6. WALDEYER. *Archiv f. Gyn.*, t. I, p. 252.

dans le stroma ovarien pour donner naissance à des *tubes ramifiés, anastomosés ;* dans ces tubes prennent naissance des cellules spéciales, qui ne sont autre chose que les *futurs ovules*.

MM. MALASSEZ et de SINETY[1] ont proposé une explication un peu différente. A leur avis, c'est bien l'épithélium germinatif de WALDEYER qui produit ces kystes, mais rien ne prouve que ceux-ci émanent exclusivement de cette partie de l'épithélium qui forme les cordons de PFLÜGER ; il y aurait d'abord invagination épithéliale, puis, sous l'influence d'un processus dystrophique, formation d'un tube vulgaire avec cavité kystique, épithélium de revêtement, etc.

Enfin, d'autres auteurs admettent aujourd'hui, avec STEFFECK[2], que tous les épithéliums ovariens peuvent proliférer et aboutir à la formation d'un cysto-épithélioma ; l'épithélium folliculaire lui-même pourrait donc être le point de départ de ces néoplasmes, puisque les cellules qui le constituent dérivent elles-mêmes, en fin de compte, de l'épithélium germinatif de WALDEYER. En France, cette théorie a été défendue par M. le professeur POZZI[3].

Faisons remarquer, en terminant, que, si l'on admet avec WALDEYER que tous les kystes mucoïdes naissent dans les tubes de PFLÜGER, on est obligé d'en conclure que tous les grands kystes de l'ovaire reconnaissent une *origine congénitale*.

Actuellement, l'opinion le plus généralement admise est que les cysto-épithéliomas peuvent provenir de tous les éléments épithéliaux de l'ovaire, épithélium germinatif, tubes de PFLÜGER, cellules des follicules, etc., d'où il est assez logique de déduire que beaucoup de ces néoplasmes ont une *origine congénitale*.

Nous devons une mention aux *kystes à contenu gazeux* (sans communication avec le gros intestin, cela va sans dire). Ce sont des tumeurs fort rares et dont la pathogénie est encore obscure. La plupart des auteurs admettent, avec CHAVANNAZ (de Bordeaux), qui vient d'observer un sar-

1. MALASSEZ et DE SINETY. *Soc. anat. de Paris*, 1876, p. 540. — *Archives de physiologie*, 1878, p. 39 ; — *Idem*, 1881, p. 224.
2. STEFFEK. Voyez SCHROEDER, et HOFMEIER, *Mal. des femmes*, p. 418, trad. fr., 1899.
3. POZZI. *Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1897, p. 245.

come ovarien appartenant à cette catégorie, que ces gaz se forment sur place sous l'influence d'une infection microbienne (*Congrès de Chirurgie*, Paris, 1912).

Anatomie pathologique. — Les cysto-épithéliomas de l'ovaire, assez souvent bilatéraux, peuvent atteindre un volume considérable, remplir toute la cavité abdominale. distendre ses parois et même refouler le diaphragme et pénétrer en quelque sorte dans la cavité thoracique ; ils arrivent



FIG. 206. — Kyste ovarien à grand développement.

à former les plus volumineuses tumeurs connues : on a rapporté des observations de kystes ovariens renfermant 20, 30 et même 60 litres de liquide ; mais ces dimensions excessives sont tout à fait exceptionnelles. En réalité, les très vastes collections liquides de l'ovaire sont beaucoup plus rares aujourd'hui qu'autrefois, à cause de la précocité du diagnostic et de l'intervention.

La forme de ces tumeurs est arrondie ou ovoïde, leur surface extérieure lisse, brillante, régulière, souvent soulevée par des bosselures plus ou moins accusées, séparées par des dépressions linéaires qui répondent aux cloisons intra-kys-

tiques. Dans un grand nombre de cas, le tissu ovarique disparaît et la poche est reliée au ligament large, par un pédicule plus ou moins long, arrondi ou rubané ; d'autres fois, la tumeur s'insinue entre les deux feuillets de ce ligament : elle est alors dite *incluse* dans le ligament large ; à mesure qu'elle augmente de volume, les deux feuillets s'écartent, de sorte que le kyste se développe vers le plancher pelvien et devient extra-péritonéal. En général, la coloration de la paroi kystique est d'un blanc bleuâtre caractéristique, sauf dans les points où elle est très amincie par la distension. Quant à la trompe, elle est ordinairement très allongée, aplatie et comme étalée sur la tumeur.

La conformation intérieure de ces néoplasmes diffère suivant qu'il s'agit d'un kyste *multiloculaire* ou *uniloculaire* [1]. En général, la tumeur commence par être multiloculaire, et elle devient uniloculaire ou pauciloculaire à la suite de la destruction des cloisons qui limitaient les loges secondaires. Ordinairement, les poches secondaires sont très nombreuses, de dimensions très inégales, de sorte que, dans certains cas,

1. OLSHAUSEN (de Berlin) a donné le nom de *kyste racémeux* à un type bien particulier de kyste ovarien caractérisé par une configuration spéciale qui rappelle grossièrement celle d'une *grappe de raisin* Ainsi, chaque tumeur est formée par la réunion de plusieurs vésicules distinctes, à parois minces, transparentes, rattachées au ligament large par un pédicule commun ; mais, ici, pas de membrane limitante commune comme dans les kystes multiloculaires classiques.

Le kyste racémeux est une néoplasie rare, ordinairement peu volumineuse, unie ou bilatérale ; pourtant on a publié des exemples de cette variété remarquables par des dimensions considérables.

Les kystes racémeux se développent presque toujours aux dépens de la glande elle-même, qui disparaît plus ou moins complètement ; mais il est indéniable que ces néoplasmes peuvent naître de débris aberrants de l'ovaire (*ovaires accessoires*).

On admet généralement que ces kystes émanent de l'épithélium germinatif de WALDEYER. Leur évolution clinique est très mal caractérisée, et le diagnostic rarement possible.

Quant au pronostic, la plupart des auteurs professent qu'il est plutôt bénin : la repullulation n'a été constatée qu'après l'ablation incomplète.

Le seul traitement efficace est l'ovariectomie.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que chaque vésicule est formée par une enveloppe conjonctive, dont la surface interne est tapissée de cellules épithéliales souvent fort disparates.

le kyste entier est transformé, par les nombreuses cloisons qui sillonnent sa cavité, en un véritable kyste aréolaire. Les tumeurs réellement uniloculaires sont tout à fait exceptionnelles, et, dans celles qui semblent telles à un examen superficiel, on trouve presque toujours des logettes creusées dans l'épaisseur de la paroi.

Dans un très grand nombre de cas, on voit, dans la cavité kystique, des végétations fixées à la surface interne de la paroi, végétations en tout semblables à celles qui tapissent si souvent la surface externe de la tumeur. Ces végétations ont une importance extrême, car elles caractérisent une variété de ces kystes, les *kystes papillaires* ou *végétants* (*kystes proligères papillaires* de M. Pozzi).

Tantôt sessiles et tantôt pédiculées, ces excroissances mamillaires, en choux-fleurs, en framboises, forment parfois d'énormes bouquets blanchâtres, grisâtres, rouges ou violacés, isolés ou confluents ; leur abondance peut être telle qu'elles arrivent à remplir presque complètement la cavité kystique ; leur aspect est très variable : les unes sont charnues, de consistance plus ou moins ferme, les autres transparentes, gélatiniformes, ou ressemblant à du frai de grenouille, etc. Dans certains kystes multiloculaires, toutes les poches sont bourrées de ces productions, si bien que la consistance du néoplasme est absolument celle d'une tumeur solide.

Le contenu[1] des cysto-épithéliomas est toujours liquide, — sauf dans certaines formes de kystes végétants dont la cavité est entièrement occupée par les excroissances dont nous venons de parler, — mais ce liquide n'a pas toujours le même aspect ni la même consistance. Il est tantôt clair, légèrement citrin, filant, onctueux, tantôt jaune foncé, verdâtre, brunâtre ou couleur chocolat : tout dépend de l'abondance et de l'altération des éléments hématiques qui y sont contenus. D'autres fois, on trouve un liquide épais, poisseux, mal lié, d'un brun sale.

La composition du liquide est aussi variable. Comme élé-

1. On a observé des kystes à *contenu gazeux*. Ces gaz sont le résultat de l'infection du néoplasme, infection venue de l'intestin. Voy. Chavannez (*Congrès de Chirurgie*, 1912).

ments figurés, il faut citer des hématies, des leucocytes, des cellules épithéliales, muqueuses, de la cholestérine, de microorganismes (infections secondaires). Au point de vue chimique, on trouve des sels, de la graisse, de l'urée, du glucose et surtout de la *paralbumine:* celle-ci ne fait pour ainsi dire jamais défaut, elle permet de distinguer les kystes ovariens proprement dits des *kystes para-ovariens*, qui n'en renferment jamais.

Un fait capital à noter dans l'évolution des végétations dont nous avons parlé, c'est que, par leur prolifération excessive, elles peuvent rompre les parois kystiques et devenir extra-kystiques. Dans certains cas, leur exubérance est telle qu'elles recouvrent complètement la tumeur, débordent même ses limites et empiètent sur les organes voisins, sur l'utérus, le péritoine, les parois de l'excavation pelvienne. « C'est ainsi, dit FAURE, que les grands kystes de l'ovaire prennent l'aspect de tumeurs végétantes et acquièrent en même temps un certain degré de malignité. » En réalité, ce sont des kystes à végétations envahissantes, de véritables épithéliomas. PFANNENSTIEL, qui a bien étudié ces tumeurs à prolifération excessive, en a distingué deux variétés : 1° l'*adénome papillaire simple*, caractérisé par un épithélium cylindrique à peu près régulier d'aspect et d'arrangement; cette forme serait relativement bénigne ; 2° l'*adéno-carcinome papillaire :* ici l'épithélium est métatypique, et la malignité du processus indéniable : il s'agit d'un épithélioma véritable.

Enfin, il ne faut pas oublier que le stroma conjonctif de ces végétations peut, lui aussi, devenir le siège d'une dégénérescence : on a alors des tumeurs mixtes d'une malignité extrême, les *adéno-sarcomes papillaires.*

Ces tumeurs végétantes sont presque toujours bilatérales et tendent constamment à s'infiltrer dans le ligament large et dans le petit bassin ; elles se propagent au péritoine et à tous les organes de la région : rectum, mésentère, l'épiploon, le plancher pelvien, etc. ; dans certains cas, toute la cavité péritonéale, les anses intestinales, l'utérus, le foie, sont recouverts d'un semis de végétations, dont plusieurs finissent par acquérir un volume considérable et former de véritables choux-fleurs implantés sur les organes pelviens.

L'ascite ne manque pour ainsi dire jamais ; elle peut être franchement séreuse d'aspect ; mais il est plus fréquent de trouver un épanchement rosé, rouge sale, brunâtre ou même franchement hémorragique. Assez souvent elle constitue le premier symptôme qui attire l'attention de la malade.

Structure histologique. — La paroi du kyste est constituée par une couche fibreuse comprenant elle-même deux zones : une zone externe, très dense, et une zone interne plus lâche, contenant des vaisseaux ; ceux-ci sont peu nombreux, sauf dans le voisinage du pédicule, où les veines peuvent présenter un calibre considérable.

La surface externe de cette paroi est tapissée par une couche de *cellules épithéliales cubiques*, très différentes des éléments plats de la séreuse péritonéale.

Quant à la surface interne de la poche kystique — et des loges secondaires, — elle est tapissée dans toute son étendue de *cellules épithéliales cylindriques* avec ou sans cils vibratiles, de *cellules caliciformes*, de cellules épithéliales irrégulières, *polymorphes*, *métatypiques*, etc.

En certains points de la paroi, l'épithélium, qui recouvre la *surface interne*, s'invagine dans cette paroi et y forme de *véritables glandes en tubes* comparables à celles de Lieberkühn ; *ces formations tubulaires* sont très importantes, parce qu'elles caractérisent une variété de ces cysto-épithéliomas ovariens, la variété dite *glandulaire* (*kystes proligères glandulaires* de M. Pozzi).

Quant aux *végétations intra-kystiques* dont nous avons parlé, leur structure est assez simple : elles sont constituées par un bourgeonnement de la zone conjonctive de la paroi recouvert d'une seule couche de *cellules épithéliales cylindriques*, semblables à celles qui tapissent la surface de la cavité. Nous avons déjà dit que la présence de ces végétations extra et intra-kystiques caractérisaient la *variété papillaire* des *cysto-épithéliomas ovariens*.

Symptômes. — Les kystes de l'ovaire débutent de la manière la plus insidieuse, et, jusqu'à ce que le néoplasme ait acquis un volume suffisant pour distendre les parois abdominales, beaucoup de malades sont loin de se douter

qu'elles portent une tumeur dans le ventre. Cependant il convient de faire remarquer que, dans un grand nombre de cas, dès que le kyste a atteint la grosseur d'une orange ou d'une tête de fœtus, il provoque quelques troubles — douleurs vagues, tiraillements, sensation de pesanteur — qui décident les patientes à réclamer un examen médical. Parfois aussi on observe de véritables névralgies pelviennes dues à la compression exercée par la poche non encore sortie du petit bassin sur les plexus nerveux de la région. Enfin, il n'est pas rare que les malades présentent, en même temps, des troubles digestifs (nausées, vomissements, perte de l'appétit, douleurs gastriques, etc.), et cela avant que la tumeur soit devenue réellement gênante par son volume.

Du côté de la menstruation, on note assez souvent des troubles, tels que : retards, irrégularités et même suppression des règles ; mais les ménorragies sont exceptionnelles.

La conception est possible : tous les auteurs ont rapporté des exemples de grossesse développée pendant l'évolution d'un kyste ovarien. Parfois, sous l'influence de ces tumeurs, on voit se produire une modification réflexe du côté des seins, qui se gonflent, et dont l'aréole se pigmente ; enfin, on a vu survenir de la sécrétion lactée, même chez des très jeunes filles.

L'accroissement du kyste étant constant, la tumeur se dégage du petit bassin et pénètre dans la cavité abdominale qu'elle remplit de plus en plus, et dont les parois finissent par être considérablement distendues. A cette période, surtout si la tumeur est très volumineuse, le diagnostic peut, quelquefois, être affirmé à la simple inspection : au lieu d'être aplati comme dans l'ascite, le ventre forme en avant une saillie proéminente, tandis que ses parties latérales sont comme effacées ; cette saillie est tantôt médiane, tantôt un peu déviée à droite ou à gauche. Dans les cas de tumeurs bilatérales, la paroi abdominale présente deux saillies inégales.

Par la palpation, on constate que l'abdomen est distendu par une tumeur à surface ordinairement régulière, lisse, tumeur souvent rénitente ou même franchement fluctuante, ce qui indique la présence d'une poche unique ou de plu-

sieurs poches très étendues. Quelquefois, la palpation permet aussi de reconnaître les bosselures formées par les loges des collections multiloculaires.

La percussion fournit des renseignements beaucoup plus importants : elle nous révèle la présence d'une matité absolue partout où le kyste se trouve en contact avec la paroi abdominale, c'est-à-dire depuis le pubis jusqu'à quelques travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; latéralement cette matité s'étend sur plusieurs travers de doigts à droite et à gauche de la ligne médiane ; tout le reste de l'abdomen, c'est-à-dire les flancs et l'épigastre, où se trouve refoulé l'intestin, est franchement sonore. Dans l'ascite, au contraire, la matité siège dans les flancs et la région ombilicale reste sonore et parfois tympanique ; autre signe diagnostique de la plus haute importance, les zones de matité et de sonorité ne changent pas avec les mouvements de la malade, quand il s'agit d'un kyste de l'ovaire. Enfin, il ne faut pas oublier que la percussion nous permet de constater la présence ou l'absence de ce que l'on appelle la *sensation de flot*, c'est-à-dire la transmission d'une impulsion imprimée au liquide intra-kystique, phénomène qui ne se produit que dans les cas de kyste uniloculaire ou pauciloculaire.

Le toucher vaginal seul permet simplement de constater que le col est très haut placé, parfois inaccessible ; on peut en dire autant du toucher rectal, à moins qu'il ne s'agisse d'une poche enclavée dans le Douglas. En revanche, la palpation bimanuelle — une main sur l'abdomen, un ou deux doigts de l'autre dans le vagin ou dans le rectum — donnera des renseignements très précieux, surtout si le kyste n'a pas rempli la cavité péritonéale et trop fortement distendu les parois de l'abdomen ; tant que la tumeur n'a pas dépassé le volume d'une tête d'adulte, ce toucher bimanuel sera d'un très précieux secours pour déterminer la situation du néoplasme par rapport à l'utérus ; on trouve alors une masse globuleuse, régulière, un peu latérale, repoussant la matrice du côté opposé et indépendante de cet organe, masse indolente, parfois mobile, et souvent nettement rénitente. Cette indépendance de la tumeur et de l'utérus est un signe diagnostique de grande valeur ; malheureusement il

fait souvent défaut lorsque le kyste est enclavé dans le petit bassin ou réuni à la matrice par des adhérences pathologiques.

A mesure que la tumeur augmente de volume et distend l'abdomen, les troubles fonctionnels s'accentuent et la santé générale se trouve de plus en plus compromise. Ce sont les phénomènes de compression qui dominent : compression du rectum donnant lieu à une constipation opiniâtre ou même à des menaces d'occlusion intestinale ; compression de la vessie amenant des troubles du côté de la miction (rétention ou incontinence), compression des uretères provoquant des accidents urémiques ; compression des gros vaisseaux entraînant de la gêne circulatoire (infiltration des membres inférieurs, troubles cardiaques, crises d'asystolie, etc.). Sous l'influence de ces souffrances qui augmentent tous les jours, la malade maigrit, sa figure se tire et se creuse ; elle présente ce *facies ovarien*, sur lequel les anciens auteurs ont, à notre sens, un peu trop insisté ; l'appétit disparaît, la poitrine et les membres se décharnent, tandis que le ventre augmente toujours de volume ; la patiente finit par succomber aux progrès de la cachexie, à moins qu'elle ne soit brusquement emportée par une des nombreuses complications que nous avons énumérées.

La durée moyenne de la maladie est de deux à trois ans ; mais il n'est pas rare de voir la vie se prolonger pendant de longues années avec un état général relativement satisfaisant. L'apparition de l'ascite est un signe du plus fâcheux augure, car elle est, ordinairement, l'indice d'une transformation maligne ; de ce fait, la durée de la maladie se trouve singulièrement abrégée.

Diagnostic. — Souvent il se déduit beaucoup plus de l'ensemble des symptômes et de leur évolution que de tel ou tel signe fourni par le toucher ou par la palpation.

Pour la commodité de la description, nous examinerons successivement le diagnostic de la tumeur encore contenue dans le petit bassin et celui de la tumeur devenue abdominale.

Au début de son développement, alors qu'il n'est pas plus gros qu'une pomme ou qu'une orange, le kyste est facilement pris poour une *hydrosalpingite* ou pour une *grossesse*

extra-utérine commençante. La confusion avec une *pyosalpingite*, avec une *salpingo-ovarite catarrhale* est rarement possible à cause de la douleur ou, tout au moins, de la sensibilité qui accompagne presque toujours l'infection des annexes. D'ailleurs, l'étude des antécédents (métrite, vaginite, puerpéralité, gonorrhée) sera d'un précieux secours pour arriver à la vérité. Cependant il ne faut pas se dissimuler qu'il n'y a rien d'absolu à ce point de vue, et rien ne peut empêcher un kyste de l'ovaire de se développer chez une femme atteinte de métrite chronique ou qui a souffert d'une vaginite quelque temps auparavant. Ce qui peut encore compliquer le problème, c'est la coexistence, chez la même malade, d'une salpingite et d'un kyste ovarique au début de son évolution. L'hésitation n'est pas moins légitime quand il s'agit de distinguer un petit *fibrome sous-péritonéal* d'un kyste ovarique adhérent à la matrice : c'est à la laparotomie exploratrice qu'il appartient de trancher la question.

Lorsque la tumeur est devenue abdominale, c'est avec l'*utérus gravide* que la confusion est surtout possible et fréquente. Pour l'éviter, il faudra se baser sur la perception des mouvements actifs du fœtus, sur l'audition des bruits du cœur, la détermination des parties fœtales, le ballottement, la sensation des contractions de l'utérus gravide, etc. L'erreur est surtout facile dans certains cas d'hydramnios.

La confusion avec un *fibro-myome utérin* est aussi assez fréquente ; ici il faut, avant tout, s'efforcer de déterminer la situation respective de la tumeur et de la matrice : si la tumeur est indépendante, on peut affirmer qu'il s'agit d'un kyste, à moins qu'on ne se trouve en présence d'un corps fibreux à long pédicule ; mais alors la consistance beaucoup plus ferme du myome permettra de faire la distinction. L'erreur inverse a été également commise, car certains kystes à pédicules très courts et adhérents à la matrice peuvent très bien simuler un fibrome. Dans ces conditions, l'erreur paraît inévitable ; mais, en somme, elle est sans importance, puisque les deux affections sont justiciables d'un même traitement. Heureusement, il est d'autres signes de grande valeur par lesquels le diagnostic de corps fibreux s'impose ordinairement d'une manière formelle : les métror-

ragies et l'agrandissement de la cavité utérine constatée par l'hystérométrie. Ces symptômes manquent rarement, de sorte que, dans la majorité des cas, le diagnostic entre un corps fibreux utérin et un kyste de l'ovaire est chose relativement aisée.

Nous avons déjà insisté sur les signes qui permettent d'éviter la confusion avec un *épanchement ascitique libre ;* quant aux *ascites enkystées de la péritonite tuberculeuse*, elles ont plus d'une fois donné lieu à des erreurs, car elles déterminent sur la paroi antérieure de l'abdomen des zones de matité qui simulent, à s'y méprendre, celles que l'on rencontre dans les grands kystes ovariens. On peut en dire autant de la *péritonite cancéreuse ;* mais, ici, la présence de gâteaux épiploïques, de nodosités disséminées dans le ventre, fera reconnaître la véritable origine de l'épanchement.

Il nous paraît inutile de discuter le diagnostic avec les *tumeurs* du *foie*, de la *rate* ou du *rein*. Cependant nous rappellerons qu'une simple *rétention* d'*urine*, avec distension énorme de la vessie remontant jusqu'à l'ombilic, peut également simuler un kyste de l'ovaire, et qu'on n'a pas toujours eu la bonne idée de mettre une sonde dans la vessie pour éviter l'erreur.

Pronostic. — Il est toujours grave, car, abandonnée à elle-même, la maladie se termine fatalement par la mort.

Cependant la guérison spontanée, absolue ou relative, n'est pas impossible; la torsion lente du pédicule a, dans quelques cas exceptionnels, provoqué l'atrophie du kyste par affaissement de ses parois et par sa calcification. D'une autre part, il ne faut pas oublier que, beaucoup moins exceptionnellement qu'on ne croit, la marche de la maladie peut être extrêmement lente. SCHENK, OLSHAUSEN, d'autres encore ont rapporté des exemples de femmes, qui, grâce à des ponctions successives, ont pu prolonger leur vie pendant plusieurs années. J'ai eu moi-même l'occasion de soigner une dame âgée de soixante-quinze ans, qui a déjà subi 67 ponctions pour un énorme kyste mucoïde, vieux d'une vingtaine d'années.

La mort survient ordinairement dans le marasme ou par

le fait d'une des complications que nous avons mentionnées : embolie, péritonite par torsion du pédicule ou par rupture de la poche, suppuration, etc. Enfin, il faut se rappeler que le kyste le plus bénin peut, à un moment donné, et sous une influence qu'on ne saurait prévoir, changer d'allures et se transformer en une tumeur végétante qui se généralisera plus ou moins rapidement. Cette transformation maligne est malheureusement plus fréquente qu'on ne l'a dit.

Complications. — L'évolution des kystes ovariens peut être marquée par des complications de gravité fort inégale.

Une des plus fréquentes est l'*ascite* ; sa signification n'a rien d'inquiétant si le liquide est peu abondant, fluide, clair, citrin ; il est le résultat d'une sécrétion du péritoine irrité par la présence de la tumeur. C'est ce qui arrive assez souvent chez les porteuses de kystes mucoïdes glandulaires. On ne saurait en dire autant des grands épanchements, si souvent teintés de sang ou franchement hémorragiques, qui accompagnent les kystes végétants. Ici, l'ascite équivaut très souvent à un symptôme de malignité. D'après M. QUÉNU, le liquide serait sécrété par les végétations qui tapissent la surface externe de la poche kystique.

L'*hémorragie intra-kystique* est un accident assez rare et dont la gravité est en raison directe de l'abondance du sang épanché. En général, il s'agit de suintements insignifiants qui modifient la coloration du liquide. Beaucoup plus rares sont ces ruptures vasculaires capables de compromettre la vie des malades. Ces grands épanchements s'observent à la suite de certains traumatismes, dans la torsion du pédicule, etc.

L'*infection* de la *poche kystique* a été signalée dans un assez grand nombre de cas, et, dans le pus de ces collections, on a trouvé le *coli-bacille*, le *streptocoque*, le *staphylocoque*, le *bacille d'*EBERTH, etc. On admet que plusieurs voies peuvent être suivies par les microorganismes pour arriver jusque dans le kyste : ponction avec une aiguille malpropre, adhérences de la poche kystique avec l'intestin, infection par la voie sanguine au cours de certaines maladies générales (fièvre typhoïde, pneumonie, état puerpéral, etc.).

Le pus contenu dans le kyste peut se vider au dehors à la

faveur d'adhérences entre les parois de la tumeur et la paroi abdominale ; d'autres fois la poche s'ouvre dans l'intestin ou dans la grande cavité péritonéale ; dans ce dernier cas, il se déclare une péritonite généralisée qui emporte la malade en deux ou trois jours.

En dehors de cette péritonite généralisée mortelle, heu reusement fort rare, les kystes ovariens donnent très souvent lieu à des *péritonites partielles* survenant sans cause appréciable, et laissant après elles des adhérences plus ou moins étendues entre les kystes et les organes environnants : intestin, épiploon, utérus, parois pelviennes, parois abdominales, etc. Ces péritonites localisées se caractérisent cliniquement par des symptômes assez intenses (douleur, hoquet, vomissements, etc.), mais elles ne menacent jamais la vie des malades.

La *rupture* de la *paroi kystique* peut survenir à la suite d'un traumatisme, d'une violence venant du dehors, ou même par le fait de l'augmentation de la pression intra-kystique. C'est un accident rare ; il serait favorisé par la torsion pédiculaire, par l'amincissement progressif de la paroi ou par les alternatives d'augmentation et de régression du contenu. Les statistiques établissent que les kystes dermoïdes sont ceux dont la rupture s'observe le plus souvent ; immédiatement après, il faut citer les kystes gélatineux. Rien de plus variable que les dimensions de la brèche qui donne issue au liquide kystique : elle peut être énorme ou, au contraire, consister en une fissure, qui laisse suinter le contenu goutte à goutte. Si le contenu est aseptique, le liquide épanché se résorbe ordinairement sans suites fâcheuses pour les patientes. Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi heureuse ; il est même plus fréquent de voir éclater des accidents graves, et la terminaison fatale à brève échéance a été plus d'une fois signalée.

D'autres fois, le kyste s'ouvre dans le *rectum* en s'accompagnant d'une diarrhée profuse : cet accident peut être l'occasion d'une guérison spontanée, mais le fait est plus rare qu'on ne l'a dit. En général la cavité kystique s'infecte par l'intestin, et la malade succombe à la fièvre hectique. Enfin, on a rapporté des exemples de rupture dans la *vessie*, dans

le *vagin*, dans la *cavité utérine*, etc. Toutes ces terminaisons sont peu fréquentes.

Un accident qui mérite toute l'attention du praticien est la *torsion* du *pédicule* qui relie la tumeur ovarienne au ligament large. C'est une complication plus fréquente qu'on ne l'a dit et toujours sérieuse.

Cette torsion, lente ou brusque, s'effectue à la suite d'un choc extérieur, d'une exploration intempestive, d'efforts exagérés ou même à l'occasion du passage du kyste du petit dans le grand bassin, par le fait même de l'accroissement régulier de la tumeur. Elle peut être complète et le pédicule très serré ; il y a alors arrêt du cours du sang : le kyste s'atrophie, ou bien sa paroi se mortifie et tout se termine par une infection péritonéale généralisée[1].

Abandonnée à elle-même, la torsion amène presque toujours la mort.

Une autre complication intéressante résulte de la communication de la cavité kystique avec la trompe correspondante: c'est ce qu'on appelle un *kyste tubo-ovarien*. En général, il s'agit d'une hydro-salpingite qui a contracté des adhérences avec un kyste ovarien, et les deux poches ont fini par communiquer à la suite de l'usure de leurs parois. Il est des cas où la communication s'est établie entre un néoplasme kystique et une trompe absolument saine : ici c'est la distension du kyste qui a amené le perforation des deux parois préalablement soudées par des adhérences.

Il faut encore signaler, comme une complication, l'*inclusion* de la *tumeur kystique* dans le *ligament large*. Il s'agit d'un kyste qui s'est développé du côté du hile de l'ovaire : la tumeur se glisse entre les deux feuillets de l'aileron postérieur, passe sous la trompe, s'insinue ensuite entre les feuillets du ligament large et devient franchement sous-péritonéale. TERRILLON a montré que cette variété est exceptionnellement vasculaire[2].

1. Voir pour l'étude de la torsion du pédicule des kystes ovariens : MOULS (*Thèse de Paris*, 1890).

2. Quelques auteurs, MARTINI, entre autre, ont signalé la *tuberculisation* des kystes ovariens, complication fort rare (*Annale di ostitricia e ginecologia*, 1911).

Traitement. — Le traitement médical des kystes de l'ovaire n'existe pas. Tout kyste ovarien diagnostiqué réclame une intervention radicale, c'est-à-dire l'extirpation complète de la tumeur, l'*ovariectomie*.

La *ponction évacuatrice*, qui, autrefois, constituait, en quelque sorte, le traitement de choix de cette grave affection, n'est plus de mise aujourd'hui que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, chez des personnes très âgées, très affaiblies, affligées d'une tare organique qui contre-indique l'emploi de l'anesthésie générale. Il s'agit alors d'une mesure palliative, qui, pour être efficace, doit être répétée plusieurs fois dans la même année. Ajoutons, enfin, que la ponction est encore une ressource assez précieuse dans les cas où la laparotomie exploratrice a révélé l'existence d'un kyste végétant réellement inextirpable.

L'*ovariectomie* par la *voie abdominale* est une opération d'origine américaine. Appliquée à la cure des kystes ovariens, elle a été pratiquée pour la première fois, en 1809, par MAC DOWELL (de Kentucky). Immédiatement après cette courageuse tentative du chirurgien américain, il faut citer celles — qui furent plus ou moins heureuses — de deux autres Américains, NATHAN SMITH et ALBAN SMITH qui opérèrent en 1827 et en 1826. Mais, comme le dit très bien M. le professeur POZZI, « il n'y avait là encore que des hardiesses isolées et sans écho ». C'est WASHINGTON L. ATLEE, qui a acclimaté cette opération dans son pays à partir de 1863. En 1871, ce chirurgien avait fait 246 ovariectomies pour kystes de l'ovaire.

En Angleterre, les premiers ovariotomistes furent LIZARS (1825), GRANVILLE, CLAY (1843) et surtout SPENCER WELLS dont le nom est devenu inséparable de cette opération (1858). Mais il est juste de dire que ce sont les Américains qui ont ouvert la voie aux chirurgiens européens.

En France, l'ovariectomie fut d'abord essayée en 1863 par NÉLATON, qui n'éprouva que des revers. Puis, KŒBERLÉ et PÉAN réhabilitèrent cette opération à partir de 1866. « C'est à ces deux chirurgiens que l'ovariectomie doit sa vulgarisation dans notre pays ; à ce moment, l'apparition de la méthode antiseptique la fit passer des mains de quelques

spécialistes dans celles de tous les chirurgiens (Pozzi). »

En Allemagne, les premières tentatives d'ovariectomie furent suivies de désastres, qui découragèrent pour longtemps tous les chirurgiens. Cette opération n'est rentrée en faveur dans ce pays qu'après la publication des brillants résultats obtenus par les gynécologistes français et anglais. Aujourd'hui, elle est devenue une intervention courante.

L'idée d'extirper les grands kystes de l'ovaire par la *voie vaginale* paraît appartenir à M. Dührssen et à M. Martin (de Berlin), qui firent connaître leurs premiers résultats en 1894 et en 1895. En France, cette méthode semble avoir été recommandée pour la première fois par M. le professeur Segond en 1894 ; mais elle n'a jamais rencontré beaucoup de faveur.

Ovariectomie abdominale. — L'extirpation d'un kyste ovarien vulgaire, non végétant et dépourvu d'adhérences avec les organes voisins, est une des opérations les plus simples et les plus bénignes de la gynécologie, à condition, bien entendu, d'observer scrupuleusement les règles de l'asepsie la plus sévère.

L'abdomen sera ouvert suivant les règles que nous avons déjà indiquées pour toutes les laparotomies. Si le kyste est très volumineux, il vaut mieux le vider par la ponction avant de procéder à son extirpation. Dans ce but, on se sert d'un très gros trocart muni d'un long tube de caoutchouc, qui se termine dans un récipient quelconque. La technique de cette petite opération préliminaire a été indiquée ; nous n'y revenons donc pas.

Lorsque le kyste est vidé, il ne forme plus qu'une poche flasque, souple, que l'on peut faire passer très facilement, même à travers une petite incision. Cette poche est, tout entière, attirée hors du ventre, jusqu'au pédicule qui apparaît entre les lèvres de la plaie pariétale. Pour aller plus vite, on saisit ce pédicule entre les mors d'une très forte longuette et l'on se débarrasse de toute la masse par une section aux ciseaux, pratiquée à environ 1 centimètre au-dessus de la pince. L'hémostase du pédicule sera assurée au moyen d'une double ligature faite au-dessous des mors de la pince

avec du très gros catgut (n° 4 ou 5), ou mieux avec de la soie plate de même calibre. L'opération est, pour ainsi dire, terminée ; après avoir vérifié l'état des annexes du côté opposé et celui de la matrice, on fermera le ventre par une suture à trois plans, dont la technique nous est connue.

Si la tumeur est peu volumineuse, si elle ne dépasse pas la grosseur d'une tête de fœtus ou de nouveau-né, il vaut mieux s'abstenir de ponctionner ; on plonge dans le ventre une main qui passe derrière le kyste et l'attire au dehors à travers la plaie pariétale, qu'il peut être nécessaire d'agrandir plus ou moins.

Malheureusement, les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple, et il faut très souvent compter avec les *adhérences* que le kyste a contractées avec les organes du grand et du petit bassin. Dans certains cas, celles-ci sont si peu étendues et si lâches qu'il n'est pour ainsi dire pas possible de les considérer comme une complication. D'autres fois, elles sont très nombreuses, très étendues, elles adhèrent intimement et solidement au grand épiploon, à l'intestin, au péritoine pariétal, à l'estomac, au foie, à la rate, à la vessie, au rectum, etc. Il faut beaucoup de temps, de patience et de douceur pour arriver à dégager le kyste, sans commettre de dégâts graves. Le chirurgien se servira surtout de ses doigts ; cependant il est des cas où l'usage d'un instrument tranchant s'impose, car certains de ces exsudats sont de véritables brides fibreuses, épaisses, résistantes et, en tirant trop fort, on risquerait d'emporter un morceau d'intestin, de vessie ou d'estomac. Assez souvent, on rencontre des adhérences vasculaires, qui, rompues, donnent lieu à des suintements sanguins très gênants pour l'opérateur ; il faut avoir soin de couper entre deux pinces ou entre deux ligatures, car le tamponnement n'arrive pas toujours à arrêter l'hémorragie. Ce sont surtout les adhérences en surface à l'estomac ou à l'intestin qui peuvent assombrir le pronostic de l'ovariectomie. Il est alors une ressource qu'aucun chirurgien n'a le droit de mépriser : nous voulons parler de la *marsupialisation* de la poche. Cette manœuvre consiste à suturer les bords du kyste aux bords de la plaie abdominale, après avoir réséqué la partie extirpable de la paroi kystique.

On agit ici comme s'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie. La vaste plaie ainsi obtenue se ferme par bourgeonnement au bout d'un laps de temps qui varie de plusieurs semaines à plusieurs mois. Il est rare que les opérées ne soient pas en état de faire les frais de cette longue suppuration.

L'ablation des kystes ovariens *inclus* dans le *ligament large* peut présenter aussi de très sérieuses difficultés ; on procédera pour eux comme pour les kystes para-ovariens proprement dits.

De même, rien de plus périlleux que l'extirpation des *kystes végétants*, avec adhérences étendues à la matrice. « Dans ces cas, dit FAURE, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie, et l'hémisection utérine rend ici les plus grands services, parce qu'elle permet d'aller rapidement, et, soit qu'on détache la moitié utérine adhérente au kyste en désinsérant le vagin, soit qu'on coupe l'utérus au-dessus de l'isthme, comme dans l'hystérectomie supra-vaginale, ce qui est plus simple, on enlève le kyste de bas en haut, avec la moitié correspondante de l'utérus qui lui adhère, en l'attaquant par le ligament large. L'hystérectomie ne se présente pas seulement comme une opération de nécessité, c'est aussi une opération tout indiquée dans d'autres circonstances, et, en particulier, lorsque le kyste est bilatéral ou lorsqu'un kyste ovarien se complique d'une pyosalpingite du côté opposé. Il en sera de même lorsqu'un kyste végétant sera venu greffer des bourgeons sur l'utérus. Il est alors prudent de sacrifier l'organe de la gestation (RANSÓN, *Thèse de Paris*, 1901).

Indications de l'ovariectomie abdominale. — Tout kyste de l'ovaire doit être enlevé dès que son existence est reconnue, a dit LAWSON TAIT. C'est, aujourd'hui, la ligne de conduite adoptée par tous les chirurgiens, tant en France qu'à l'étranger. Une autre règle universellement admise, c'est qu'il ne faut pas attendre que la tumeur soit devenue gênante par son volume pour se décider à intervenir.

En réalité, les contre-indications à cette opération sont très restreintes. L'âge avancé du sujet a rarement arrêté les chirurgiens, et l'on a plus d'une fois obtenu des succès

chez des femmes de soixante-quinze, soixante-dix-sept et même de quatre-vingt-deux ans. La grossesse ne doit pas non plus ajourner l'extirpation. Autant que possible, on fera bien d'intervenir *avant le cinquième mois.*

Pendant le travail, l'abstention serait une faute : on enlèvera la tumeur et on laissera ensuite l'accouchement s'effectuer naturellement. S'il s'agit d'un kyste enclavé dans le petit bassin, il faudra extraire l'enfant par la césarienne, car le retrait de la matrice facilitera le dégagement de la tumeur.

La coexistence d'autres tumeurs doit, au contraire, engager le chirurgien à intervenir dans le plus bref délai.

En somme, les seules contre-indications qui méritent d'être retenues sont les suivantes : maladies générales graves, affections pulmonaires, cardiaques, rénales ; diagnostic de kyste végétant avec extension aux organes voisins et signes de généralisation, et même dans ces deux derniers cas, la laparotomie exploratrice est une ressource très précieuse, car elle a plus d'une fois permis de rectifier un diagnostic clinique erroné ; de plus, en permettant d'évacuer l'ascite, elle procure aux malades un très réel soulagement, qui peut se prolonger pendant plusieurs semaines et faire croire à une guérison véritable.

Résultats et pronostic. — Dans les cas simples, favorables, et, par là, nous voulons parler des poches libres d'adhérences et sans infections pelviennes concomitantes, on peut affirmer que l'ovariectomie abdominale est la plus bénigne des laparotomies ; en effet, chez ces opérées, la mortalité oscille entre 1 et 4 0/0.

Tout autre est le pronostic des formes compliquées : la présence d'exsudats étendus, d'adhérences multiples et solides avec les organes voisins, surtout l'intestin, la coexistence d'une trompe purulente, d'un abcès pelvien voisin du kyste, transforment l'ovariectomie classique, si simple, si bénigne, en une intervention tout à fait sérieuse, dont la mortalité immédiate varie de 9 à 13 0/0. Il est vraiment regrettable qu'en dressant leurs statistiques les auteurs n'aient pas encore pris l'habitude d'établir des distinctions entre les différents cas. C'est ce qui explique la mortalité rela-

tivement élevée de certaines séries. En voici des exemples :

1889.	Terrier............	200 cas	37 morts	18 0/0 mortalité
1891.	Terrier............	25 —	3 —	» —
1877-1900.	Czerny............	397 —	» —	13 —
1900.	Schauta............	334 —	32 —	» —
1899.	Rosthorn..........	42 —	» —	» —
1883-1901.	Fritsch............	989 —	70 —	» —
1899.	Schrœder..........	658 —	83 —	12 —
1905.	Hofmeier...........	300 —	27 —	9 —
1904.	*Clinique de Bonn...*	262 —	23 —	» —

D'une autre part, M. Hofmeier a rapporté, en 1905, une statistique émanant de plusieurs chirurgiens et comprenant : 4.875 cas avec 13 0/0 de mortalité.

ovariectomie vaginale. — A l'étranger, et surtout en Allemagne, l'ovariectomie vaginale, appliquée à la cure des grands kystes ovariens, compte encore aujourd'hui de nombreux partisans. Nous avons dit qu'elle a été préconisée pour la première fois par Martin et par Dührssen en 1894 et en 1895. Dans une très intéressante communication faite au *Congrès de Moscou*, en 1897, A. Martin aborde de nouveau la question et s'efforce de démontrer que la cœliotomie vaginale peut remplacer la laparotomie non seulement pour traiter les salpingo-ovarites infectieuses, mais encore pour pratiquer l'ablation des grands kystes néoplasiques de l'ovaire. Il conseille l'*ouverture du cul-de-sac antérieur* comme étant celle qui donne le plus de jour et qui permet d'explorer le plus complètement les organes malades. S'il préfère l'incision vaginale à la laparotomie, c'est à cause de sa bénignité beaucoup plus grande et parce qu'elle met les opérées à l'abri des éventrations. A l'appui de sa thèse, Martin cite 30 observations toutes terminées par la guérison ; 25 de ces opérées étaient atteintes de kystes ovariens ordinaires, 2 de kystes para-ovariens et 3 de kystes inclus dans le ligament large.

Dans un important travail publié en 1900, Oscar Bürger et Schauta rapportent aussi plusieurs cas de cœliotomie vaginale appliquée au traitement de kystes ovariques, soit 27 cas de kystes ordinaires et 13 cas de kystes para-ovariens, sans une seule mort imputable à l'opération.

Au *Congrès allemand de chirurgie* tenu en 1901, A. DÜHRSSEN soutint aussi que l'incision vaginale pouvait remplacer avantageusement la laparotomie, même dans les cas de *grosses tumeurs ovariennes.*

FRITSCH, SIEFERT, MACKENRODT et bien d'autres ont publié des observations analogues.

En France, la plupart des chirurgiens considèrent l'ovariectomie par le vagin comme une opération d'exception. Elle n'est, d'ailleurs, possible que lorsqu'il s'agit d'enlever un kyste pelvien peu volumineux, mobile et faisant saillie vers les culs-de-sac. Après avoir incisé la paroi vaginale au niveau de la tumeur, on ponctionne celle-ci pour la vider et la transformer en une poche flasque, qui est attirée hors de l'excavation, et sur le pédicule de laquelle on place une forte ligature à la soie ou au catgut. En théorie, une pareille intervention semble fort simple ; dans la pratique, la chose est souvent moins aisée, car il faut compter avec les adhérences qui unissent le néoplasme à l'utérus, au rectum, aux anses grêles, aux parois du pelvis, etc. ; parfois leur décollement s'accompagne d'une hémorragie très abondante qui gêne sérieusement le chirurgien ; ou bien c'est un kyste renfermant des parties solides, des masses grumeleuses, de sorte que la ponction ne parvient pas à réduire suffisamment le volume de la poche ; la tumeur refuse de passer par la filière pelvienne, et force est alors au chirurgien de recouà l'ouverture du ventre pour pouvoir terminer son opération.

Accidents et complications de l'ovariectomie. — Les accidents de l'hystérectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale nous sont connus. Ceux qui peuvent surgir au cours de l'ovariectomie sont à peu près les mêmes, à la fréquence et à la gravité près.

L'*hémorragie* est beaucoup plus rare que dans l'ablation de l'utérus fibromateux ou cancéreux, ce qui se conçoit aisément. L'uretère est rarement menacé ; mais les *blessures de la vessie* sont notées dans un assez grand nombre d'observations. Nous savons comment il faut les traiter. Les *lésions de l'intestin* ne sont pas rares non plus, ce qui n'a rien de surprenant, vu la fréquence des adhérences entre le tube

digestif et la paroi kystique. Toutes ces complications sont infiniment plus rares qu'autrefois, et la raison de cette différence, nous la connaissons bien. Le seul accident sérieux avec lequel on doit toujours compter, c'est l'*infection du péritoine ;* bien qu'elle soit infiniment moins commune qu'autrefois, il faut reconnaître qu'elle n'a pas encore disparu de nos statistiques.

Bibliographie. — A. Martin, Ovariotomie par la voie vaginale (*Monats. für Geb. und Gynäk.*, 1897, t. VI, p. 235). — Duhrssen, De l'ovariotomie vaginale (*Archiv. für Gynäkologie*, 1900, t. LX, p. 426, et *Congrès allem. de Chirurgie*, 1901). — Os. Bürger Schauta, Ovariotomie abd. (*Monats. für Geb. und Gyn.*, 1900, t. XI, p. 1). — Fritsch, Ovariotomie (*Festschrift für Olshausen. in Zeit. für Geb. und Gyn.*, 1905, t. LV, p. 1). — Wustenberg, Clinique de Greifswald (*Thèse de Greifswald*, 1904). — Kœrwer, Ovariotomie à la clinique de Bonn (*Thèse de Bonn*, 1904). — Krebser (*Thèse de Erlangen*, 1904). — Fehling, Manuel de Gynécologie (*Stuttgard, chez* Enke, 1900).

TÉRATOMES BÉNINS DE L'OVAIRE (KYSTES DERMOIDES)

Étiologie. — Les *kystes dermoïdes* ou *tératomes bénins* de l'ovaire sont moins communs que les cysto-épithéliomas, et Olshausen admet que la fréquence comparative de ces deux ordres de néoplasmes est dans la proportion de 3 0/0.

Ils s'observent surtout chez les jeunes sujets, aussi bien chez les vierges que chez les femmes qui ont eu des enfants ; on en a décrit qui donnaient lieu, chez des enfants, à des troubles assez sérieux pour nécessiter une intervention chirurgicale [1].

Anatomie pathologique. — En général, ces tumeurs sont moins volumineuses que les kystes épithéliaux ; leur grosseur ne dépasse guère celle d'une tête de fœtus ou d'en-

1. C'est pour nous conformer à l'usage que nous décrivons les kystes dermoïdes à la suite des kystes épithéliaux ; en réalité, ces néoplasmes devraient être rangés parmi les tumeurs solides, à côté des tératomes malins.

fant ; mais on en a signalé aussi d'énormes. La bilatéralité est loin de constituer une rareté, puisque M. POUPINEL en a rapporté 44 exemples.

Leur forme et leur consistance sont assez variables : tantôt arrondis et de consistance à peu près partout homogène, ces néoplasmes offrent, d'autres fois, une surface bosselée, présentant des parties molles, des parties dures et même des points fluctuants.

On leur distingue une paroi et un contenu.

La *paroi* est assez épaisse et présente une surface externe grisâtre ou blanchâtre, lisse et même luisante ; la surface interne est ordinairement un peu rugueuse, grenue, tomenteuse, assez semblable à de la peau macérée, donc tout à fait différente de celle des kystes vulgaires. Cette paroi présente la structure de la peau avec une couche cornée, un corps muqueux, des papilles, etc. ; elle donne insertion à diverses productions qui tantôt restent fixées à elle, tantôt deviennent libres dans la cavité kystique ; ce sont ces productions qui forment le contenu de la poche kystique.

Le *contenu* se compose principalement d'une substance mollasse, huileuse, assez ferme, comparable à de la matière sébacée, et qui est sécrétée par la paroi ; au milieu de cette masse sébacée on trouve, suivant le cas, une foule d'éléments anatomiques provenant de l'endoderme, de l'ectoderme et du mésoderme. Ces éléments sont, avant tout, des poils dont l'abondance peut être telle qu'ils forment de véritables mèches de cheveux libres ou fixées à la paroi kystique ; des dents ou plutôt des ébauches de dents, libres ou fixées à cette même paroi ; des fragments osseux de structure normale, de la substance cérébrale, des débris cartilagineux, des éléments musculaires ; enfin, dans certains cas rares, on a rencontré des organes assez bien développés, tels qu'un fragment de maxillaire inférieur muni de quelques dents, une glande mammaire, une ébauche d'œil, et même un embryon rudimentaire avec ses quatre membres. Ordinairement, on ne trouve aucune trace de tissu ovarique.

Pathogénie. — Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer le mode de formation des tumeurs dermoïdes de

l'ovaire ; à notre avis, la seule qui mérite d'être retenue est la théorie de la *parthénogénèse*, soupçonnée par G. SAINT-HILAIRE et WALDEYER et très nettement formulée par MM. MATHIAS DUVAL, WILLMS, etc.

Nous empruntons l'exposé suivant à l'excellent travail de MM. DUPLAY et CAZIN [1]. « La parthénogénèse consiste, non pas, comme on le dit généralement, dans le développement d'un œuf en dehors de toute fécondation, mais plus exactement dans le développement d'un œuf sous l'influence d'une fécondation héréditaire et latente, suivant des lois d'alternance très régulières. En d'autres termes, dans certaines espèces animales, l'influence d'une fécondation initiale peut, par parthénogénèse, se transmettre d'œuf à œuf pendant plusieurs générations ; mais cette transmission ne se fait ordinairement pas sans une sorte d'affaiblissement progressif, qui se manifeste par l'imperfection des produits... Pour les vertébrés, la parthénogénèse n'est plus réalisable en ce sens qu'on n'y observe jamais de reproduction sans fécondation ; mais l'œuf non fécondé est le siège d'un commencement de segmentation qu'on est parfaitement autorisé à considérer comme une réminiscence atavique de la parthénogénèse... Dans l'espèce humaine, la segmentation de l'œuf, en dehors de la fécondation, a été constatée par MOREL qui, dans son *Traité d'histologie* publié en 1864, donne la description d'ovules provenant de femmes mortes de péritonite puerpérale huit à dix jours après l'accouchement, et dans lesquels la segmentation était aussi nettement dessinée que dans les œufs fécondés... Étant donné les observations de kystes dermoïdes de l'ovaire, dans lesquels on peut rencontrer non seulement des parties embryonnaires indiscutables, mais même un embryon rudimentaire parfaitement reconnaissable, on peut admettre que tout kyste dermoïde de l'ovaire, quel que soit son degré de simplicité, représente un embryon rudimentaire [2]. »

1. DUPLAY et CAZIN. *Les Tumeurs*, p. 191. O. Doin. éditeur, Paris, 1903.
2. Pour plus amples détails, consulter RÉPIN (*Thèse de Paris*, 1891). FRANCIS MUNCH (*Semaine médicale*. 1899, 8 septembre).

Symptômes et diagnostic. — Dans la plupart des cas, les kystes dermoïdes de l'ovaire ont une évolution clinique qui ne se distingue guère de celle des cysto-épithéliomas vulgaires ; la confusion entre ces deux espèces de néoplasmes est donc à peu près fatale ; elle ne cesse qu'une fois le ventre ouvert ou bien lorsqu'on se décide à faire une ponction. Telle est, du moins, l'opinion classique, professée par la plupart des chirurgiens ; elle ne nous semble pas tout à fait conforme à la vérité, et nous sommes persuadé que le diagnostic est encore assez souvent possible. Ainsi, en présence d'une volumineuse tumeur mucoïde, avec fluctuation manifeste et sensation de flot, il nous paraît difficile de songer à une tumeur dermoïde. D'une autre part, LAWSON TAIT, TILLAUX et quelques autres, ont attiré l'attention sur certains signes qui constituent des indices précieux ; nous voulons parler de la *lenteur de la marche* des tumeurs dermoïdes, de leur *volume ordinairement médiocre*, enfin des *douleurs hypogastriques* et *lombaires* qui existent bien rarement chez les femmes atteintes de kystes mucoïdes ; le *jeune âge* des malades, considéré par quelques-uns comme un symptôme caractéristique, a infiniment moins de valeur depuis qu'on a rapporté des exemples de tératomes bénins chez des femmes âgées de cinquante et même de soixante ans.

Complications. — Elles ne diffèrent pas de celles que nous avons signalées en parlant des kystes ordinaires : torsion du pédicule, suppurations, gangrène, etc. L'ascite est assez rare, sauf quand il y a dégénérescence cancéreuse. Quant à la transformation maligne, elle a été notée dans un assez grand nombre de cas, mais il est vraisemblable que ces faits concernaient des tumeurs mixtes (Voyez p. 774).

Pronostic. — Les tumeurs dermoïdes n'ont aucune tendance à la régression, mais leur marche est incomparablement plus lente que celle des kystes mucoïdes ; elle subit parfois des arrêts de plusieurs mois. Il n'en est pas moins certain qu'il s'agit d'une affection grave, qu'on doit toujours s'efforcer d'enrayer par une intervention précoce.

Traitement. — L'extirpation est le seul remède à recommander ; on doit y recourir dès que la tumeur est reconnue et sans attendre qu'elle ait occasionné des troubles sérieux.

Ces néoplasmes doivent être abordés par la voie haute : les détails de la technique sont ceux que nous avons indiqués pour l'ablation des kystes ordinaires.

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

On décrit sous ce nom des néoplasmes de nature fort disparate : des *fibromes*, des *sarcomes*, des *épithéliomas*, des *endothéliomas*, des *tératomes malins*.

Fibromes. — Les tumeurs fibreuses de l'ovaire sont assez rares et n'atteignent jamais ou presque jamais les dimensions des corps fibreux utérins. Leur consistance est dure et ferme, leur surface irrégulière et bosselée ; il n'y a pas ici de capsule conjonctive qui sépare le néoplasme du tissu ovarien : la glande tout entière est envahie et transformée, et il est exceptionnel de retrouver des vestiges du tissu normal.

Dans la grande majorité des cas, la tumeur se présente très nettement pédiculée et complètement indépendante de la trompe et du ligament large (*fig.* 207).

Au point de vue histologique, ces néoplasmes sont des fibromes purs ou des fibro-myomes, en tout comparables à ceux de la matrice. Mais on trouve, dans la littérature médicale, des observations relatives à des fibromes ovariens contenant des éléments sarcomateux (*fibro-sarcomes*). Il n'est pas rare non plus de voir ces tumeurs subir la transformation pseudo-kystique, calcaire, osseuse, etc.



Les tumeurs fibreuses de l'ovaire ont une évolution tout à fait insidieuse, et ce n'est que lorsqu'elles ont acquis un certain volume qu'elles attirent l'attention des malades (sensation de pesanteur dans le bas ventre, irrégularité de la menstruation ; beaucoup plus rarement névralgies avec irradiations lombaires) ; les métrorragies font presque

toujours défaut. En somme, le néoplasme met des années à grossir, sauf dans les cas où il y a transformation maligne : on voit alors la tumeur augmenter brusquement de volume et un épanchement ascitique survenir de la manière la plus

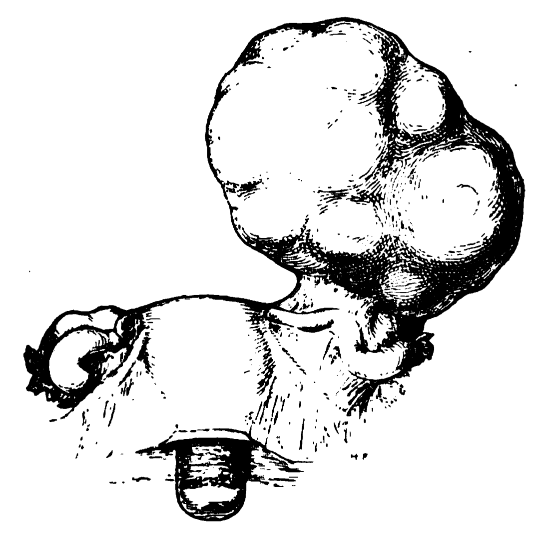


Fig. 207. — Fibrome de l'ovaire.

inopinée, ce qui assombrit le pronostic, ordinairement très bénin, de cette affection.

Sarcomes [1]. — Ils sont beaucoup plus fréquents que les fibromes et atteignent les dimensions plus considérables (tête d'adulte et même davantage). Histologiquement, ce sont des ***sarcomes à grandes cellules fusiformes*** ou à ***petites cellules fusiformes ;*** on a décrit aussi des ***tumeurs globo-cellulaires***, qui sont les plus graves. Souvent bilatéral, le sarcome ovarien est ordinairement pédiculé, de consistance ferme et dure, avec des parties ramollies et pseudo-fluctuantes, quand il y a dégénérescence kystique ; sa surface est en général lisse et régulière, quelquefois inégale et bos-

1. Wohlmuth (*Zeitschrift für Geb. and Gyn.*, 1910).

selée. Il n'est pas rare de le voir contracter des adhérences avec les organes voisins, surtout avec le péritoine pariétal, l'épiploon et l'intestin.

Le sarcome ovarien est rarement pur ; dans la plupart des cas, il s'agit de tumeurs mixtes : *fibro-sarcomes*, *myxo-sarcomes*, etc. ; mais le type pur existe également.

Cliniquement, le sarcome de l'ovaire ne se distingue du fibrome que par une marche beaucoup plus rapide ; la tumeur atteint vite un volume considérable et donne lieu à des troubles de compression variés : névralgies pelviennes, troubles de la miction, de la défécation, occlusion intestinale, etc. L'ascite est aussi un symptôme très fréquent ; on a noté également la torsion du pédicule, etc. [1].

Épithélioma. — Le cancer primitif de l'ovaire, affection plutôt rare, est ordinairement bilatéral, et il peut atteindre un volume considérable (tête d'adulte et même davantage). Il se présente tantôt sous l'aspect d'une tumeur assez régulièrement arrondie, tantôt sous celui d'une masse inégale et bosselée. Sa consistance est ordinairement très dure, avec, parfois, des zones plus ou moins ramollies. L'ascite, surtout l'ascite hémorragique, ne manque pour ainsi dire jamais.

Au début de son évolution, le cancer ovarique forme une masse libre, mobile dans le ventre ; mais des adhérences ne tardent pas à se développer, qui l'unissent aux organes voisins, surtout aux anses intestinales.

Au point de vue histologique, il s'agit d'un *épithélioma tubulé* évoluant à la manière d'un squirrhe ou d'un encéphaloïde ; mais la dégénérescence kystique n'y est pas rare.

Nous devons ajouter que l'épithélioma ovarien peut en-

1. Nous devons une mention au *mélanosarcome*, type extrêmement rare, dont il n'existerait, dans la science, que cinq ou six exemples authentiques, récemment colligés par Bondi (de Vienne).

On admet, généralement, que la localisation ovarienne du mélanosarcome est secondaire.

L'observation rapportée par Bondi concernait une femme de 30 ans ; la tumeur s'était développée aux dépens de l'ovaire droit, qui fut enlevé en même temps que la trompe. Mort par généralisation au bout de quelques semaines. A l'autopsie, on trouva des noyaux dans le rein, le péricarde, le péritoine, le cerveau, etc. (1913).

core se présenter sous deux autres aspects fort différents. L'une de ces deux variétés est caractérisée par ce fait, que la tumeur est exclusivement constituée par des *végétations papillaires*, sessiles ou pédiculées, isolées ou agglomérées en grosses masses bourgeonnantes, en forme de choux-fleurs. Parmi ces végétations, les unes sont transparentes et gélatiniformes, les autres rosées, rouges, charnues, dures comme



FIG. 208. — Cancer végétant de l'ovaire.

des papillomes ; très souvent elles dépassent les limites de l'ovaire pour empiéter sur les organes voisins, sur le péritoine utérin, sur les parois pelviennes, et même sur les anses de l'intestin. Il y a ainsi dissémination et greffe de végétations secondaires, dont la structure est identique à celle de la tumeur principale, structure qui est exactement celle de l'épithélioma classique [1] (*fig.* 208).

Quant à l'autre variété, dont la rareté est extrême, elle se caractérise par un ovaire ayant conservé à peu près sa forme et son volume ordinaires, mais dont la surface a pris un *aspect verruqueux* tout à fait typique.

Endothéliomas et périthéliomas de l'ovaire. — Actuellement, on décrit sous le nom d'endothélioma une

1. En ces dernières années, on a publié des exemples de cancers ovariques concernant des sujets très jeunes, des enfants ; nous citerons le cas de ROSANOFF (de Moscou) concernant une *fillette de* 5 *ans* (1911) et celui rapporté par LAHEY et HAYTHORN (en 1912), dont la malade avait 11 ans ; elle fut laparotomisée, mais elle succomba le 24e jour.

tumeur maligne, d'origine conjonctive, très proche parente du sarcome, et qui se développerait aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques ou même des capillaires sanguins.

A côté de l'endothélioma, quelques anatomistes signalent une autre variété qu'ils appellent *périthélioma*. Ce périthélioma proviendrait des cellules qui forment la couche la plus externe de la paroi des vaisseaux de petit calibre ; dans ce cas, l'endothélioma vasculaire serait absolument indemne.

D'autres anatomistes ont interprété tout autrement la formation de ces deux processus néoplasiques : ils admettent que, dans les deux cas, il y a prolifération de l'endothélioma des gaines lymphatiques périvasculaires. « De cette façon, disent MM. Duplay et Cazin, on fait rentrer les périthéliomes parmi les véritables endothéliomes d'origine lymphatique. »

En réalité, la nature des tumeurs dites endothéliales ou périthéliales est encore entourée de beaucoup d'obscurités ; de nouvelles recherches s'imposent avant qu'il soit possible de se prononcer d'une manière catégorique.

Cliniquement, rien ne permet de distinguer ces néoplasmes des sarcomes et des carcinomes ovariens.

Pour plus amples détails, on consultera avec profit les auteurs que nous indiquons dans nos renseignements bibliographiques.

Tératomes malins. — Un grand nombre d'histologistes admettent aujourd'hui que certaines tumeurs ovariques, autrefois rangées parmi les sarcomes et les carcinomes, ne sont autre chose que des *tératomes malins*, c'est-à-dire des *tumeurs mixtes d'origine congénitale*, constituées par les éléments histologiques les plus disparates. Ainsi, sur la coupe d'une tumeur de ce genre, on distingue : un stroma conjonctif formé par différents types néoplasiques de la série conjonctive, tels que du tissu sarcomateux, chondromateux, myxomateux ; des éléments épithéliaux rappelant les différents types d'épithélioma ; des éléments reproduisant la structure de la glande thyroïde (Norris, Frank, 1909) ; des éléments chorio-épithéliomateux représentant le type du déciduome malin ; enfin, des parties rappelant les

kystes dermoïdes vulgaires avec poils, dents, tissu nerveux, fragments osseux, etc. Toutes les observations publiées attestent l'excessive malignité de ces néoplasmes, qui semblent être l'apanage des très jeunes sujets (fillettes de sept ans, de neuf ans, de douze ans, etc.).

L'histoire clinique de ces tumeurs est encore à faire, et toute description de la maladie serait vraiment prématurée.

En l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, le diagnostic n'est possible que sur la table d'opération ou par la nécropsie [1].

Actinomycose. — L'actinomycose de l'ovaire est fort rare (6 cas connus) et toujours secondaire à l'actinomycose de l'intestin. Cependant TAYLOR et FISHER ont observé, en 1909, le premier exemple connu d'*actinomycose primitive* chez une femme de trente-quatre ans. La tumeur était grosse comme une tête de fœtus ; elle fut extirpée et la malade guérit.

1. Dans le groupe des *tératomes malins*, M. F. DAELS vient de ranger un type néoplasique spécial auquel il a donné le nom d'ORGANOME. C'est une tumeur constituée par des éléments provenant des trois feuillets du blastoderme, mais constitué par des *tissus à l'état jeune*, ce qui permet de distinguer l'organome du tératome proprement dit, qui lui, est formé par des tissus adultes.

M. DAELS a eu l'occasion d'étudier un organome chez une fille de 14 ans : l'énorme tumeur remontait jusqu'à l'ombilic et était reliée par un pédicule au ligament large gauche. Elle fut enlevée, mais au bout de 5 mois, on constata une récidive à droite. Mort.

L'organome se développe chez les jeunes sujets ; il a une marche rapide et il peut atteindre des dimensions considérables. La repullulation du mal se caractérise par des métastases, qui ne franchissent jamais les limites de l'excavation pelvienne. Si nous en croyons l'auteur, il ne s'agirait pas de véritables métastases, mais de foyers néoplasiques ayant un développement simultané ou successif (*Archiv f. Gyn.*, 1908).

2. Nous devons une mention à l'observation que viennent de publier MM. GOSSET et MASSON, observation relative à ce qu'ils ont dénommé un *névraxo-épithélioma* de l'ovaire. Il s'agit d'une femme de 50 ans, opérée pour un kyste ovarique et ayant succombé à la généralisation au bout de quelques mois. La tumeur. grosse comme un œuf de dinde, était un tératome constitué par la couche corticale de la glande, contenant huit petits kystes dans un réseau formé de cordons nerveux anastomosés (*Revue de* POZZI, 1913).

Traitement. — Le seul traitement qui convienne aux tumeurs solides de l'ovaire est l'extirpation ; c'est la seule ressource dont nous disposions pour mettre un terme aux souffrances des malades et prévenir la récidive dans le cas où il s'agirait de néoplasmes malins ou simplement suspects.

Certains corps fibreux ne sont pas incompatibles avec une existence même assez active ; on pourra les respecter, à moins qu'ils ne prennent subitement un développement considérable — ce qui est l'indice d'un changement de mauvaise nature — ou qu'ils ne s'accompagnent d'un épanchement ascitique, accident qui assombrit toujours le pronostic.

Quant aux autres néoplasmes, l'ablation s'impose immédiatement, dès que le diagnostic est posé ou simplement présumé ; en cas d'erreur, on ne s'en voudra pas beaucoup d'avoir fait une laparotomie exploratrice.

Hypernéphromes. — On désigne ainsi des tumeurs à *structure surrénale*. Elles se développent aux dépens de *capsules surrénales surnuméraires*, *aberrantes*, que l'on rencontre quelquefois dans l'ovaire, mais le plus souvent à quelque distance de lui, en plein ligament large, au-dessous du point où passent les vaisseaux ovariens ; on en a même signalé, exceptionnellement, dans la fosse iliaque, derrière le cœcum.

Il s'agit là d'un type néoplasique fort rare, mais dont l'existence est formellement attestée par des auteurs dignes de foi, parmi lesquels, on peut citer Pick, Rosthoen, Alamartine, Verhoagen, Gardner, etc.

L'hypernéphrome paraît être l'apanage des jeunes sujets, des enfants de quatre à quinze ans, mais on l'a signalé aussi dans l'âge mûr, vers la cinquantaine. Rien de plus variable que son volume : très souvent la tumeur a la grosseur du poing ; mais on a rapporté des observations concernant des hypernéphromes atteignant les dimensions d'une tête de fœtus, d'une tête d'enfant et bien davantage. La forme, la consistance de ces néoplasmes varie également ; en général, on a affaire à une masse ferme ou même très dure ; d'autres fois, on trouve une tumeur plutôt molle ou pseudo-fluctuante. Dans la plupart des cas, l'hypernéphrome est globu-

leux, lisse ou bien inégal et bosselé. A la coupe, on est frappé par la teinte jaune soufre ou orangée de la surface de section, laquelle serait presque pathognomonique ; au sein de cette substance jaune se détachent des arborisations vasculaires ou de petites cavités d'aspect kystique. Dans le cas relaté par Bovin, la masse jaune était limitée par une capsule émettant des cloisons, etc. D'après Alamartine et Maurizot, ces néoplasmes, énucléables au début de leur évolution, finissent par contracter des adhérences avec les tissus et organes voisins qui sont progressivement envahis.

L'hypernéphrome est une tumeur essentiellement maligne, à évolution rapide et qui récidive avec la plus grande facilité ; pourtant Bovin (de Stockholm) a observé chez une femme de trente-huit ans un hypernéphrome encapsulé, remarquable par la bénignité de ses allures ; mais il vaut mieux réserver son pronostic : n'oublions pas, en effet, qu'au cours d'une évolution ayant tous les caractères de la bénignité, l'hypernéphrome peut subir les pires dégénérescences.

Bibliographie. — Stander, Sarcome de l'ovaire (*Zeitschrift für Geb. und Gynäk.*, 1902, t. XLVII, n° 3). — Gaschau, Tumeurs solides de l'ovaire (*Thèse de Paris*, 1903). — Apelt, Endothelioma ovarien (*Beitr. zur Geb. und Gynäk.*, 1901, t. V). — Nous recommandons surtout le travail de M. Pick (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1904, p. 158), où l'on trouvera tous les renseignements bibliographiques désirables sur l'histoire clinique et anatomique des tumeurs malignes et des tératomes de l'ovaire. — Consulter aussi : Schlagenhaufer (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1902, p. 571), pour tout ce qui a trait aux *néoplasmes congénitaux*. — Alamartine. (*Revue de* Pozzi, 1912, n° 1).

TUMEURS DE LA TROMPE

On distingue des tumeurs *liquides* et des tumeurs *solides*.

Tumeurs liquides. — On ne trouve, dans la littérature médicale, aucun exemple de kyste néoplasique de la trompe digne d'être noté ; l'histoire clinique de ces tumeurs n'existe donc pas, car on ne saurait s'arrêter à la description des

petits kystes du pavillon, provenant de l'*hydatide* de Morgagni, pas plus qu'à celle des petites collections liquides développées aux dépens des restes du *canal de* Wolff. Cependant il ne faut pas omettre de rappeler qu'on a observé un cas de *kyste hydatique tubaire* [1].

Tumeurs solides. — Elles sont *bénignes* ou *malignes*. Les premières se rencontrent assez rarement. On connaît

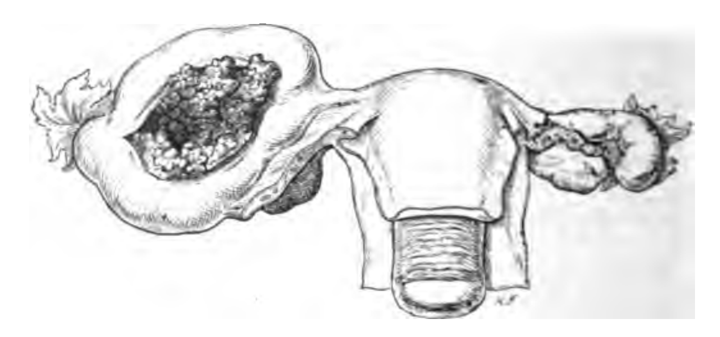


Fig. 209. — Cancer de la trompe.

quelques exemples de *kystes dermoïdes*, dont un récemment observé par Noto chez une femme de vingt-cinq ans ; la tumeur atteignait le volume d'une orange. Des cas de *fibromyomes* ont été rapportés par Le Dantec, par Schwartz, par Muskat et Abel (de Berlin), etc.

En 1912, Santi a observé des *adéno-myomes* tubaires chez une femme de quarante-sept ans. La trompe droite en renfermait deux gros comme des noisettes, et dans la trompe gauche, il y avait un petit nodule de même nature. D'après Recklinghausen, ces tumeurs naîtraient aux dépens d'éléments embryonnaires.

Rappelons aussi que le *fibrome pur* est d'une rareté exceptionnelle, on n'en connaîtrait qu'un seul exemple.

En somme, les *papillomes* sont les seuls néoplasmes bénins offrant quelque intérêt ; on les a rencontrés surtout

1. Des auteurs dignes de foi ont rapporté des exemples de *kystes dermoïdes*. Voy. Orthmann (*Zeit. für Geb. und Gyn.*, 1904).

chez les femmes jeunes. Ordinairement, la tumeur se présente sous l'aspect d'une trompe distendue par un liquide sirupeux, citrin, et dont la surface interne est hérissée de petites saillies villeuses ou papillaires. Histologiquement, chaque végétation est constituée par du tissu conjonctif tapissée de cellules cylindriques. Cliniquement, rien ne permet de distinguer ces tumeurs des salpingites ordinaires.

La transformation maligne de ces néoplasmes étant possible, l'extirpation s'impose dans tous les cas, et c'est par la voie haute qu'il convient de les aborder.

Le *papillome malin primitif* existerait également : en 1910 Legg en a observé un cas chez une femme de quarante-deux ans, dont les deux trompes étaient simultanément touchées. Les deux tumeurs furent enlevées, et la malade, revue trois ans plus tard, était encore indemne.

Le *cancer primitif de la trompe* peut être un *sarcome*, un *épithélioma* ou un *déciduome*.

Le sarcome tubaire peut naître aux dépens de la muqueuse ou de la tunique musculaire, être uni ou bilatéral. Le plus souvent, c'est chez la femme adulte, entre quarante et cinquante ans, qu'il a été observé. C'est une maladie fort rare.

L'épithélioma, un peu plus fréquent, a été bien étudié par Orthmann. La trompe malade se présente ici sous la forme d'une poche kystique, adhérente aux organes voisins et contenant un liquide sanguinolent. La tumeur fait saillie dans l'intérieur de la trompe dilatée sous l'apparence de nodosités ou de végétations plus ou moins exubérantes. L'orifice abdominal de l'organe est presque toujours oblitéré ; mais, du côté de la cavité utérine, la communication de deux organes est conservée (*fig.* 209).

Anufrief (d'Odessa) vient de publier une observation de *carcinome primitif* des *deux trompes* chez une femme de cinquante et un ans, et avec examen histologique à l'appui. La plus grosse des deux tumeurs avait le volume d'une pomme. L'auteur se contenta de pratiquer l'ablation bilatérale des annexes sans toucher à l'utérus. Récidive au bout de quatre mois sous la forme d'un noyau dans le paramétrium.

Le tableau clinique du cancer tubaire n'a rien de caractéristique : à un moment donné, les femmes se plaignent de

douleurs hypogastriques entrecoupées de crises paroxystiques et de périodes de rémission. Assez souvent on observe un écoulement vaginal aqueux ou sanguinolent d'abondance très variable. Mais W. TATE et ALBAN DORAN parlent de véritables métrorragies (1910).

Au bout d'un laps de temps qui varie de quelques mois à un an, l'état général devient mauvais, et les malades finissent par succomber dans le marasme.

Le seul traitement à conseiller est l'extirpation précoce.

Le *choriome malin* de la trompe est presque toujours secondaire à une localisation primitive du mal dans la cavité utérine ; son pronostic est fatal. Le diagnostic ne peut être fait qu'au cours d'une intervention ou sur la table d'autopsie.

Cependant M. RISEL (de Leipzig) a récemment rapporté un cas indéniable de *chorio-épithélioma primitif de la trompe* chez une femme de trente-trois ans, qui, très vraisemblablement, avait eu, trois mois auparavant, un avortement tubaire. A propos de cette observation, l'auteur fait remarquer avec raison que le choriome primitif de la trompe n'est pas aussi rare qu'on l'a prétendu, puisqu'il en existe 10 exemples dans la littérature médicale [1].

1. M. L. BAZY vient de publier un nouveau cas de *déciduome primitif* de la trompe; la tumeur, grosse comme une tête d'adulte, s'était développée aux dépens de la trompe droite et avait envahi la corne utérine correspondante; elle était très friable et saignait avec la plus grande facilité (*Soc. de chirurgie* de Paris, 1913).

Bibliographie. — ANUFRIEF. Cancer primitif de la trompe (*Monat. für Geb. und Gynäk.*, 1904, t. XX, p. 753). — W. RISEL. Chorio-épithélioma primitif de la trompe (*Zeitschrift für Geb. und Gynäk.*, 1905, t. LVI). — BOURRELY (*Thèse de Montpellier*, 1910). — GOSSET (*Annales de gyn. et d'obstétrique*, 1909).

MALADIES DU PÉRITOINE PELVIEN

PHLEGMONS PELVIENS

Étiologie et pathogénie. — On désigne sous ce nom le résultat de l'infection du tissu cellulaire sous-jacent au péritoine pelvien.

On sait que ce tissu tapisse le petit bassin dans toute son étendue, qu'il s'insinue entre les feuillets séreux du ligament large et qu'il se continue, d'autre part, avec les nappes conjonctives de la fosse iliaque, de la région lombaire inférieure et du paramétrium.

Dans toute son étendue, cette vaste nappe conjonctive est sous-péritonéale, d'où il résulte que les phlegmasies qui s'y développent ont également une évolution extra-péritonéale, au moins dans la très grande majorité des cas, et sauf accident imprévu.

Quel est le point de départ de ces suppurations ? Il est bien établi, aujourd'hui, qu'elles ont toutes à leur origine une infection provenant soit de l'utérus (*puerpéralité*, *blennorragie*, *traumatisme chirurgical septique*), soit des annexes (*salpingo-ovarites aiguës ou chroniques*), soit, enfin, de la muqueuse vaginale (*vaginite aiguë blennorragique*). Il s'agit donc toujours d'une lésion microbienne de l'appareil génital.

Cependant on trouve, dans la littérature médicale, quelques observations relatives à des phlegmons pelviens offrant les allures de localisations génitales d'une maladie générale infectieuse, telle que la *fièvre typhoïde*, la *variole*, *etc.*

En attendant la démonstration bactériologique de ces faits, la plupart des auteurs ne voient là que de simples coïncidences.

De toutes les causes que nous venons de passer en revue, l'*infection puerpérale* est assurément, et de beaucoup, la plus fréquente, comme de tous les microorganismes trouvés dans le pus de ces abcès, c'est le *streptocoque* qui a été le plus souvent décelé : la facilité avec laquelle ce microbe traverse la muqueuse utérine explique son importance dans la pathogénie de ces abcès.

Après la puerpéralité, c'est le *traumatisme opératoire* que l'on trouve surtout à l'origine de ces accidents (dilatation de la matrice, hystérométrie, curettage, etc.). Ici encore, le premier rôle appartient au *streptocoque*, bien que le *staphylocoque* et le *coli-bacille* puissent être aussi incriminés dans un assez grand nombre de cas.

Quant au *gonocoque*, tout le monde s'accorde à considérer son influence comme parfaitement secondaire ; peut-être intervient-il en lésant l'épithélium, ce qui est une manière de préparer le terrain à l'action des autres microorganismes.

Quelle est la voie suivie par l'infection pour arriver jusqu'au pelvis ? Dans la très grande majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, ce sont les lymphatiques qui inoculent le tissu cellulaire. Le rôle de la *phlébite* est tout à fait secondaire ; généralement elle n'intervient que dans les formes suraiguës, à marche très rapide, comme, par exemple, dans la *cellulite diffuse* du petit bassin. C'est la doctrine opposée qui prévalait autrefois : on adjugeait le premier rôle aux veines ; la *lymphangite pelvienne* était considérée comme une exception.

Anatomie pathologique. — Il est d'usage de distinguer trois variétés de phlegmons pelviens : 1° le *phlegmon du ligament large ;* 2° le *phlegmon de la gaine hypogastrique ;* 3° la *cellulite pelvienne diffuse.*

A ces trois types on peut ajouter le *phlegmon pelvien médian* ou *vésico-utérin,* infiniment plus rare que les précédents.

Dans la première variété, qui est la moins fréquente, le

pus se forme à la partie supérieure du ligament large, entre ses deux feuillets séreux, sur le trajet des vaisseaux utéro-ovariens. En se développant, la collection purulente peut fuser dans différentes directions : tantôt elle remonte le long des vaisseaux utéro-ovariens et gagne la fosse iliaque ; de là elle peut passer sous le péritoine, fuser dans la région lombaire, jusqu'au rein et au diaphragme. Dans d'autres cas, le pus suit une marche opposée : il descend en avant, vers l'arcade crurale, et vient s'accumuler derrière la paroi abdominale, dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Enfin, on a rapporté des exemples, très rares il est vrai, dans lesquels le pus, après avoir suivi le ligament rond et le canal unguinal, est venu se collecter au niveau de l'orifice cutané de ce canal.

Le phlegmon de la gaine hypogastrique — *phlegmon du paramétrium*, *phlegmon péri-utérin de* Bouilly — se forme en pleine base du ligament large, au point où s'épanouissent l'artère utérine et ses branches. Il est donc limité : en dedans par le col et par la paroi vaginale, en dehors par le pelvis et par le muscle releveur de l'anus ; en arrière, par les ligaments utéro-sacrés et le rectum ; en avant par la vessie et la cloison vésico-utérine ; en bas, par le plancher péritonéal. La collection développée en cette région ne reste pas toujours cantonnée à l'endroit où elle s'est formée ; elle a ordinairement tendance à fuser plus ou moins loin ; elle peut se porter en avant et en dedans du côté du vagin et de la cloison vésico-utérine ; en arrière vers le sacrum et les parties latérales du rectum ; d'autres fois, le pus envahit la fosse iliaque et, longeant les vaisseaux, passe sous l'arcade crurale pour arriver jusque dans le triangle de Scarpa, ou bien il suit l'artère obturatrice et s'échappe par le trou obturateur. Dans quelques cas, le pus gagne l'échancrure sciatique avec les vaisseaux correspondants et va former une collection au niveau de la fesse. Quelquefois la suppuration remonte derrière la paroi abdominale antérieure et forme une sorte de plastron dur, ou bien il se porte au dedans et inonde la loge pré-vésicale ; enfin, on a vu le liquide purulent franchir la ligne médiane et se répandre dans la fosse iliaque du côté opposé ! Dans certaines formes rares, le pus, rompant ses

barrières naturelles, traverse le plancher pelvien, le releveur et envahit la fosse ischio-rectale ; on voit alors se développer un phlegmon en dehors du pli inter-fessier, d'où la production de fistules pelvi-rectales.

Quant à la *cellulite pelvienne diffuse*, elle peut éclater d'emblée dès les premiers jours de l'infection puerpérale, ou survenir à titre de complication au cours de l'évolution d'un phlegmon de la gaine hypogastrique. Sous ce titre, il faut donc entendre l'inflammation très rapide et très intense de tout le tissu cellulaire du bassin. « A la suite de certains empoisonnements puerpéraux, dit M. le professeur Pozzi, l'infiltration s'étend rapidement à tout le tissu conjonctif pelvien, à la manière d'un érysipèle malin, d'où le nom d'*erysipelas malignum*, que lui a donné Virchow. Les tissus œdématiés ont une couleur livide, les lymphatiques sont remplis de microorganismes, les veines contiennent des caillots ou du pus ; ces cas-là sont presque fatalement mortels... On est en présence d'une véritable *lymphangite septique* partie de la plaie utérine et englobant tout ce qui entoure l'appareil génital. »

Quant au *phlegmon pelvien médian*, on le trouve généralement inclus dans le cul-de-sac vésico-utérin ; par le toucher vaginal et, mieux encore, par la palpation bimanuelle, on délimite une masse plus ou moins volumineuse faisant corps avec la vessie et avec l'utérus. Lejars en a rapporté deux beaux exemples en 1910, concernant des femmes de vingt-cinq et de vingt-huit ans. Dans ces deux cas, la tumeur adhérait à l'S iliaque, tandis que les annexes étaient parfaitement saines. Il était de toute évidence qu'il s'agissait d'une infection d'origine sigmoïdienne.

Deux autres faits du même genre ont été publiés par Souligoux ; enfin, Potherat a observé quatre cas d'abcès pelviens médians dans la genèse desquels l'anse sigmoïde n'avait joué aucun rôle ; chez ces quatre malades il s'agissait manifestement de suppurations d'origine appendiculaire et annexielle (Voy. *Société de Chirurgie de Paris*, 1910, juillet).

Les lésions déterminées dans les différents organes par l'évolution du processus septique n'offrent rien de particulier. Au début, on ne trouve que de l'œdème inflammatoire,

avec épanchement, dans les mailles du tissu cellulaire, d'un liquide tantôt séreux et clair, tantôt jaunâtre, brunâtre ou rougeâtre ; d'autres fois, l'épanchement est, par places, franchement gélatineux. Dans le cas observé par CARTER, « la coupe du ligament large donnait l'idée d'une injection interstitielle de matière plastique, séparant les uns des autres les éléments normaux, maintenant les veines distendues, les lymphatiques immobilisés et béants ». Tout peut s'arrêter là et le phlegmon se résoudre ; mais il est plus fréquent de voir les lésions aboutir à la suppuration : le liquide s'épaissit, les mailles du tissu conjonctif se rompent, se fusionnent pour former une cavité unique pleine de pus, d'un pus épais, bien lié, dit de bonne nature, ou bien grumeleux, fétide, parfois chargé de gaz d'une puanteur intolérable, etc.

Symptômes et diagnostic. — En général, les symptômes — fièvre et douleur — qui annoncent la formation d'un phlegmon pelvien se déclarent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ou la fausse couche.

La douleur, intense, lancinante, exaspérée par la pression, siège dans toute la région hypogastrique, avec prédominance dans l'un des côtés ; elle s'accompagne d'irradiations extrêmement pénibles vers la région lombaire, la partie supérieure des cuisses et même du côté du périnée. Cette douleur est constante ; elle persiste, avec des phases de rémission et d'exacerbation, jusqu'à ce que la collection purulente ait été évacuée spontanément ou à la suite d'une intervention chirurgicale. Il va sans dire que l'exploration bimanuelle, le toucher vaginal et rectal, mais surtout la pression abdominale, sont toujours très mal supportés, souvent même impossibles sans le secours de l'anesthésie générale. Fait important à noter, le ventre n'est pas météorisé ou bien il ne l'est que fort peu, car il n'y a pas, à proprement parler, de réaction péritonéale, du moins dans la majorité des cas et à la période de début.

Très souvent la fièvre est précédée d'un grand frisson avec claquement des dents, la température monte rapidement à 38°, 39°, 39°,5, rarement à 40°, et elle affecte un type rémit-

tent. En même temps, on note de l'anorexie, un état saburral très marqué des voies digestives, de l'insomnie, des sueurs profuses, de l'abattement, en un mot tous les symptômes qui accompagnent la formation du pus. Il faut noter que les vomissements ne sont pas constants ni persistants, que le pouls est bien frappé, plein, assez rapide et que les malades ne présentent pas le facies grippé, qui ne manque pour ainsi dire jamais lorsque le péritoine est intéressé (pelvi-péritonites, péritonites généralisées).

La recherche des signes physiques fournit des renseignements précieux. La simple palpation abdominale ne nous apprend rien, sinon que le ventre est peu ou pas ballonné, quoique très sensible à la pression, principalement du côté où siège l'épanchement. C'est le toucher vaginal qui permettra de faire le diagnostic en nous révélant l'*empâtement des culs-de-sac vaginaux*. S'agit-il d'un phlegmon de la gaine hypogastrique ? On trouvera le cul-de-sac correspondant plus ou moins effacé, parfois même saillant dans la cavité vaginale ; sa souplesse a disparu ; on sent une masse tantôt molle et pâteuse, plus souvent franchement dure et excessivement douloureuse ; caractère très important à noter, cette masse, cet empâtement, ce *plastron*, comme on l'appelle aussi, est immédiatement contigu à la paroi vaginale et à la partie correspondante du col dont rien ne le sépare. Toute cette région, vagin, col, empâtement, semblent former un tout. Très souvent la paroi vaginale est elle-même infiltrée, œdémateuse.

Le toucher vaginal nous permet de faire d'autres constatations intéressantes, comme, par exemple, de percevoir le prolongement de l'induration en avant, entre le vagin et la vessie, l'intégrité du cul-de-sac postérieur, le refoulement de l'utérus du côté opposé, enfin l'immobilité plus ou moins complète de l'utérus lui-même.

Les choses se présentent d'une manière bien différente lorsqu'on se trouve en présence d'*un phlegmon du ligament large*, qui, nous l'avons déjà dit, constitue une variété fort rare de phlegmon pelvien. Comme l'inflammation siège, ici, à la partie supérieure de ce ligament, dans la gaine des vaisseaux utéro-ovariens, le doigt introduit dans le vagin ne

perçoit rien d'anormal, les culs-de-sac paraissent souples et sont ordinairement indolents. Toutefois, en insistant, il peut arriver que l'on parvienne à sentir très haut, vers la corne utérine, une sorte d'induration qui fera soupçonner le diagnostic. En revanche, par la palpation abdominale, on découvre plus ou moins nettement un empâtement diffus, douloureux, que l'on prendra presque immanquablement pour une salpingo-ovarite.

Quant à la marche de ces suppurations, elle est variable et souvent déconcertante. Tout peut se terminer par *résolution*. Dans ce cas, la maladie tourne court ; après quelques jours de fièvre et de douleur, une amélioration assez brusque se déclare, l'empâtement vaginal devient moins douloureux, moins dur, la température s'abaisse progressivement et finit par revenir à la normale. Cette heureuse terminaison n'est nullement exceptionnelle.

Il est bien plus fréquent de voir s'établir la *suppuration*. Après une courte rémission, les frissons reviennent avec des sueurs profuses et de la diarrhée, l'état général s'altère de plus en plus, et la mort peut survenir à cette période par intoxication aiguë.

Beaucoup plus souvent, le pus tend à se frayer un chemin au dehors. L'empâtement vaginal se ramollit, s'ulcère et livre passage à une énorme quantité de pus verdâtre et bien lié. L'ouverture se ferme après un temps très long, ou bien reste fistuleuse, et les malades sont emportés par hecticité. Quelquefois la suppuration gagne les côtés du pelvis, remonte et vient former un plastron au-devant de l'épine iliaque antéro-supérieure ; l'ouverture se fait au-dessus du pubis, près de la ligne médiane, au niveau de l'orifice du canal inguinal, etc. Enfin, la collection peut se vider par le rectum, le cœcum, la vessie, etc. Nous avons insisté sur ces terminaisons à propos de l'anatomie pathologique (Voyez p. 782). L'ouverture spontanée la plus grave est celle qui s'effectue dans la grande cavité péritonéale, accident toujours mortel, mais heureusement rare, à cause des adhérences protectrices que la réaction péritonéale oppose à la marche envahissante du pus.

Le diagnostic du phlegmon de la gaine hypogastrique,

lorsqu'il existe seul, n'offre pas de sérieuses difficultés : il se base essentiellement sur la constatation d'un empâtement inflammatoire paraissant faire corps avec l'utérus et se trouvant en contact immédiat avec la paroi vaginale ; grâce à ces signes absolument caractéristiques, toute confusion avec la salpingo-ovarite et avec la pelvi-péritonite nous semble difficile. En effet, dans la salpingo-ovarite proprement dite, il n'y a pas d'empâtement vaginal, puisque la base du ligament large est indemne ; la pelvi-péritonite se distingue aisément grâce à la tumeur qui remplit le Douglas et fait bomber le cul-de-sac vaginal postérieur, grâce aussi à des symptômes de réaction péritonéale que l'on ne rencontre jamais dans le phlegmon pelvien : vomissements répétés, météorisme abdominal, petitesse et irrégularité du pouls, etc. Donc, en principe, rien de plus aisé que de reconnaître un phlegmon de la gaine hypogastrique. Dans la pratique, le problème est plus compliqué, car on ne tombe pas souvent sur des types purs, bien localisés : il est, en effet, fréquent de voir le phlegmon pelvien coexister avec des suppurations annexielles, et l'on a plus d'une fois rapporté des exemples de pelvi-péritonite compliquée d'une infection du tissu cellulaire pelvien.

Pronostic. — Il est toujours sérieux, car on ne sait jamais si le processus n'aboutira pas à la cellulite pelvienne diffuse, qui, elle, équivaut à un arrêt de mort.

Dans le phlegmon pelvien classique, la résolution est une terminaison relativement assez fréquente ; cependant on aurait tort de trop compter sur elle et d'ajourner une intervention qui, pour être efficace, doit être précoce.

De même, on commettrait une faute grave en comptant trop sur l'action curatrice des ouvertures spontanées : on se rappellera que la mort par hecticité est la terminaison la plus fréquente des phlegmons pelviens devenus fistuleux.

Un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que les phlegmons pelviens, comme, d'ailleurs, les pelvi-péritonites, laissent à leur suite des adhérences qui imposent aux organes du petit bassin des attitudes vicieuses, auxquelles on est souvent obligé de remédier par une opération qui n'est pas toujours exempte de danger.

Traitement. — Nous avons dit que la terminaison par résolution n'était pas rare ; pour l'obtenir, on doit recourir à tous les moyens déjà indiqués à propos des salpingo-ovarites aiguës : repos absolu dans le décubitus dorsal et immobilité, applications permanentes de glace sur l'abdomen, suppositoires, irrigations vaginales et rectales chaudes, etc.

Cette heureuse terminaison n'est pas la règle ; il est plus commun de voir les lésions évoluer vers la suppuration : la fièvre tient bon, les douleurs persistent, l'empâtement reste stationnaire ou augmente, l'état général devient mauvais ; il n'y a plus de ressource que dans l'intervention sanglante. On aurait bien tort de compter sur l'évacuation spontanée de la collection : celle-ci peut se faire longtemps attendre, et l'on n'est jamais certain qu'elle se produira en un point favorable, et qu'il n'y aura pas inondation péritonéale.

Le pus étant formé, il faut donc aller à sa recherche.

Envisageons d'abord le cas d'un phlegmon de la gaine hypogastrique sans annexite concomitante. Très souvent, l'abcès proémine vers le vagin, où il forme une saillie qui efface le cul-de-sac latéral et repousse le col du côté opposé. On fera une *colpotomie latérale*, suivant les règles que nous avons déjà indiquées (Voir p. 691). Chez quelques malades, le pus, en même temps qu'il proémine dans un cul-de-sac latéral, pousse un prolongement entre la vessie et le col de la matrice ; l'incision latérale peut suffire, ou bien on lui adjoint une petite incision transversale aboutissant à l'incision principale.

Au lieu de se porter vers le vagin, le pus se dirige quelquefois du côté de la *paroi abdominale* et forme une collection contiguë à cette paroi, qui devient rouge et s'infiltre d'œdème. On ira à sa recherche par une *incision sous-péritonéale*, dont la technique a été décrite plus haut (Voyez p. 693).

Enfin, dans un certain nombre de cas, au lieu d'évoluer vers le vagin ou vers la paroi abdominale, le pus se dirige du côté du plancher périnéal. Il faudra l'aborder à travers le creux ischio-rectal, par une incision tracée de la tubérosité de l'ischion à la pointe du coccyx (HEGAR) ; on pourrait

aussi recourir à la *périnéotomie verticale* de SÄNGER, qui consiste en une incision partant du tiers postérieur de la grande lèvre et aboutissant à 2 centimètres en dehors de l'anus, en dedans de la tubérosité de l'ischion.

Si le pus a fusé sur les côtés du rectum, on peut aller à sa recherche en utilisant la *périnéotomie transversale* de OTTO ZUCKERKANDL : c'est une incision réunissant les deux ischions, etc. (Voyez p. 782).

Quant au *phlegmon de la partie supérieure du ligament large* (Voyez p. 782), on peut l'aborder par la *laparotomie sous-péritonéale* de MM. BARDENHEUER et POZZI (Voyez p. 693).

Voilà pour les phlegmons pelviens purs, exempts de complications annexielles ou utérines. Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement ; des complications existent très souvent, de sorte que l'ouverture du phlegmon pelvien devient le premier temps d'une série d'actes opératoires pouvant aboutir à la castration totale utéro-annexielle (Voyez p. 632).

Bibliographie. — LUTIKOFF (*Thèse de Paris*, 1911). — GUILBERT (*Thèse de Paris*, 1906).

PELVI-PÉRITONITE

Étiologie et pathogénie. — La pelvi-péritonite est l'inflammation de cette partie de la séreuse péritonéale qui tapisse l'excavation pelvienne et les organes qui y sont contenus.

Bien décrite pour la première fois, en 1857, par BERNUTZ et GOUPIL, qui, cependant, la confondaient avec les autres inflammations pelviennes, cette affection a suscité d'interminables discussions et d'innombrables travaux qui n'ont plus pour nous qu'un intérêt historique ; nous les passerons donc sous silence, pour ne tenir compte que des résultats fournis par les recherches de ces dernières années, recherches qui ont établi de la manière la plus formelle l'origine constamment infectieuse de ce processus. Donc, pas de pelvi-péritonite sans intervention microbienne : telle est l'opinion

universellement professée aujourd'hui tant en France qu'à l'étranger [1].

Dans la très grande majorité des cas, la pelvi-péritonite est secondaire ; elle est la complication forcée, inévitable de toute salpingo-ovarite, l'infection se propageant par les lymphatiques ou se communiquant de la trompe à la séreuse au niveau de l'orifice du pavillon tubaire (suintement de pus, ou passage direct des microorganismes).

Cependant les recherches récentes ont parfaitement démontré que la pelvi-péritonite pouvait exister avec l'intégrité absolue ou presque absolue des annexes : c'est ce que MM. Bouilly, Segond, Reclus, etc., ont établi par des exemples irréfutables. Le point de départ est toujours une *infection de la muqueuse utérine* ou *de la muqueuse vaginale*, infection qui arrive jusqu'au péritoine sans altérer sensiblement la muqueuse tubaire, à moins qu'elle ne se transmette par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, car personne, aujourd'hui, ne met plus en doute la possibilité, pour l'infection, de se propager à distance en respectant les trajets intermédiaires : la pathogénie de certaines salpingo-ovarites, celles de l'épididymite avec intégrité du canal déférent, des pyélo-néphrites ascendantes d'origine vésicale, sans participation de l'uretère, etc., en sont des exemples concluants.

En résumé, on peut, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique, distinguer deux variétés de cette affection : 1° la *pelvi-péritonite primitive*, c'est-à-dire évoluant pour son propre compte, sans annexite concomitante, mais ayant son point de départ dans une infection du vagin ou de la muqueuse utérine (puerpéralité, blennorragie ou inoculation instrumentale, comme, par exemple, à la suite d'un cathétérisme septique, d'un curettage septique, d'une amputation cervicale, etc.) ; 2° la *pelvi-péritonite secondaire*,

1. Il est vrai que Schroeder distingue une *pelvi-péritonite bénigne non infectieuse*, d'origine pour ainsi dire *traumatique*. Elle naîtrait sous l'influence des excès vénériens ou de l'irritation créée par les néoplasmes intra-pelviens, etc. C'est elle qui provoquerait les adhérences que l'on rencontre dans les kystes ovariens, fibro-myomes de l'utérus, etc. (Schroeder et Hofmeier. *Maladies des femmes*, Trad. française de Lauwers, p. 472.)

incomparablement plus fréquente, intimement liée à l'évolution de presque toutes les salpingo-ovarites infectieuses, pour ne pas dire toutes.

Anatomie pathologique. — Au début, on trouve un œdème inflammatoire plus ou moins étendu autour du col utérin, à la base des ligaments larges et dans toute la région du DOUGLAS. C'est cet œdème qui forme des indurations que l'on sent par le toucher vaginal dans le cul-de-sac postérieur. En même temps, des fausses membranes molles, floconneuses, circonscrivent, entre les anses intestinales dépolies, les annexes et le péritoine criblé d'arborisations vasculaires, de petites cavités remplies de sérosité claire ou tenant en suspension des grumeaux floconneux.

Tel est le premier degré de l'inflammation autour de l'utérus et de ses annexes ; ensuite, la suppuration s'établit. Le pus s'épanche en plus ou moins grande quantité dans le cul-de-sac de DOUGLAS, pus épais, crémeux, parfois fétide, contenu dans une cavité limitée par de fausses membranes qui isolent la collection et mettent l'intestin et la grande séreuse péritonéale à l'abri des progrès de l'infection. Nous venons de voir que c'est dans le Douglas que s'accumule ordinairement l'épanchement. Mais il n'est pas rare de rencontrer des poches purulentes entre la vessie et la matrice, en avant ou en arrière des ligaments larges ou même au beau milieu des anses intestinales ; le pus peut même se porter en avant et en haut jusqu'à la paroi abdominale. Dans certains cas, on trouve plusieurs foyers indépendants ou bien une vaste collection qui simule une véritable tumeur liquide (kyste ovarique, etc.). Il peut même arriver que les fausses membranes s'épaississent au point de constituer une coque solide autour d'un épanchement, que l'on voit parfois persister indéfiniment.

Quelle est la destinée de ces péritonites enkystées ? La résorption est possible ; dans la majorité des cas, l'abcès tend à s'ouvrir spontanément dans un organe du voisinage. La rupture dans le rectum est la terminaison la plus fréquente : c'est un mode de guérison sur lequel on voudrait pouvoir compter ; viennent ensuite, par ordre de fréquence,

l'ouverture dans l'intestin, le cœcum, le vagin, la vessie, la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale ou même sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, entre les deux muscles droits, ou encore à l'ombilic (FRITSCH). L'ouverture dans la cavité utérine est très rare. La terminaison la plus fâcheuse, mais la moins fréquente, est la rupture de la

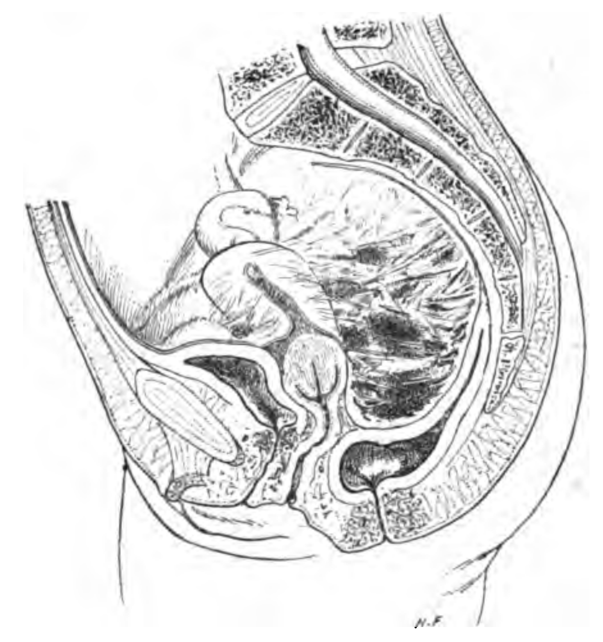


FIG. 210. — Pelvi-péritonite.

poche dans la grande cavité péritonéale avec péritonite généralisée, rapidement mortelle.

Cependant la pelvi-péritonite n'aboutit pas fatalement à la suppuration. Sous l'influence d'un traitement bien dirigé, les exsudats se résorbent au bout d'un laps de temps plus ou moins long, et tout rentre dans l'ordre. Cette heureuse terminaison est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a dit ; elle nous a paru survenir au moins dans la moitié des cas que

nous avons observés. Peut-être est-elle même possible dans certaines formes suppurées à virulence atténuée.

Dans la pelvi-péritonite grave, les choses ne se passent pas aussi simplement. Après l'évacuation du pus, les fausses membranes s'organisent souvent en tissu fibreux et forment des brides résistantes qui persisteront indéfiniment ; ces brides imposent des attitudes anormales aux organes du pelvis en établissant des connexions entre l'utérus, les annexes, l'intestin, la vessie, les parois de la ceinture pelvienne, etc. (Voyez *Rétroversions*).

Symptômes et diagnostic. — La pelvi-péritonite peut éclater en pleine santé ; beaucoup plus souvent on la voit survenir chez les femmes qui ont un passé génital plus ou moins chargé (endométrite chronique) ; elle apparaît alors comme l'extension d'une salpingo-ovarite déjà existante, etc. Toujours est-il que les accidents surgissent brusquement. C'est la douleur qui ouvre la scène ; elle est subite, aiguë, avec de légères accalmies coupées de paroxysmes ; en même temps le ventre se ballonne, et la malade est prise de frissons, de fièvre, de vomissements d'abord glaireux, puis franchement porracés. La température monte rapidement à 38° et même 39°. Le visage se grippe, les yeux se cernent, la respiration est gênée, haletante, le pouls petit, rapide, souvent irrégulier ; les règles, si elles existaient, s'arrêtent ; il y a de l'anurie. A ce moment, l'examen du petit bassin est impossible à cause de la douleur.

Dans les formes hypertoxiques, les symptômes vont en s'aggravant, la fièvre tombe pour faire place à l'hypothermie, l'abdomen se météorise énormément, et la malade meurt dans le collapsus, au bout de deux ou trois jours.

Heureusement, cette marche foudroyante est l'exception. Dans la majorité des cas, les accidents perdent progressivement de leur intensité initiale, et la palpation bimanuelle devient possible ; elle révèle, dans le cul-de-sac postérieur, la présence d'un empâtement qui fait bomber la région, empâtement très dur, très douloureux à la pression, mais où il est assez rare de percevoir de la fluctuation, du moins à ce moment-là.

Si la maladie doit se terminer par la résolution, l'amélioration s'accentue les jours suivants, la fièvre tombe assez vite, le météorisme se dissipe progressivement, et tout finit par rentrer dans l'ordre au bout d'un laps de temps qui est rarement inférieur à six semaines ou deux mois.

Si c'est la suppuration qui doit se produire, la rémission des premiers jours ne continue pas, la fièvre persiste avec des exacerbations vespérales précédées de frissonnements caractéristiques. En revanche, la douleur se calme et le ventre s'assouplit ; la palpation bimanuelle permet de constater que l'empâtement rétro-utérin a sensiblement augmenté : on trouve une tuméfaction diffuse qui remplit le cul-de-sac postérieur et empiète souvent sur les culs-de-sac latéraux ; parfois même, l'exsudat s'est propagé en avant, de sorte que l'utérus semble comme englobé dans une masse inflammatoire qui l'immobilise complètement. Tout indique qu'il y a du pus épanché. Mais la fluctuation n'est presque jamais sentie au début.

Même à cette phase de la maladie, la résolution est possible, bien que fort rare. En général, le pus tend à se faire jour au dehors. La rupture de la poche dans le rectum ou dans le vagin amène une détente remarquable, qui est souvent le point de départ d'une guérison définitive ; on peut en dire autant de l'ouverture à la paroi abdominale, dans le cœcum ou dans l'intestin. L'ouverture dans la vessie est beaucoup moins favorable.

Malheureusement, il est une autre terminaison qui assombrit singulièrement le pronostic de cette affection ; c'est lorsque la péritonite pelvienne gagne peu à peu vers le haut ; dans le grand bassin, l'ouverture de la collection provoque une péritonite généralisée, purulente, toujours mortelle.

Enfin, il convient d'ajouter que, loin d'assurer la guérison, l'ouverture dans le rectum, dans l'intestin, donne parfois lieu à des fistules pyo-stercorales intarissables, qui entretiennent la suppuration, la fièvre, et les malades finissent par succomber dans le marasme avec dégénérescence amyloïde des viscères, etc.

D'autres fois, les exsudats laissent après eux des adhé-

rences épaisses qui unissent l'utérus et les annexes aux parties voisines et la pelvi-péritonite devenue adhésive persiste à l'état chronique.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours facile de distinguer une pelvi-péritonite d'une *hématocèle rétro-utérine* ou d'une *appendicite aiguë*, surtout à la période de début. La soudaineté de l'invasion, l'intensité de la douleur, le ballonnement du ventre, les vomissements, le hoquet, la petitesse du pouls, l'altération des traits sont des symptômes communs à ces trois affections : c'est toujours ainsi qu'elles débutent. Toutefois, il y a des nuances qu'un examen approfondi fait découvrir et qui mettent sur la voie du diagnostic.

Ainsi, dans l'*hématocèle*, la fièvre fait presque toujours défaut, tandis qu'elle ne manque jamais dans les poussées pelvi-péritonitiques ; la douleur est plus vive, le météorisme moins marqué, les vomissements moins persistants ; le pouls est plus petit, les extrémités sont froides, les téguments et les muqueuses décolorées : en un mot, on a sous les yeux le tableau de l'hémorragie interne ; de plus, chez les femmes atteintes d'hématocèle, on note presque toujours un retard des règles qui constitue un élément diagnostique important.

Dans la pelvi-péritonite, le début est moins dramatique, et ce sont les signes d'infection et de réaction péritonéale qui dominent : il y a des frissonnements, de la fièvre, des vomissements porracés, un météorisme douloureux très accusé ; la face est grippée, mais les téguments ne sont pas exsangues, il n'y a pas, à proprement parler, de tendance à la syncope.

Les renseignements donnés par le toucher vaginal manquent souvent de précision. Cependant, si la tumeur qui fait bomber le cul-de-sac postérieur s'est formée rapidement, si elle est très étendue, si elle immobilise l'utérus derrière la symphyse, il faut penser à l'*hématocèle rétro-utérine*, car, dans la pelvi-péritonite, la formation des exsudats est généralement beaucoup plus tardive, etc.

Quant à l'*appendicite aiguë*, la confusion avec la pelvi-péritonite est, au début des accidents, pour ainsi dire fatale ; dans les deux cas, le météorisme et la raideur des parois abdominales empêchent de localiser le foyer. Au bout de

quelques jours, la palpation du ventre devient possible, mais c'est le toucher vaginal qui peut dérouter le praticien ; car, dans certaines formes très aiguës de l'infection appendiculaire, on trouve d'énormes exsudats qui remplissent le DOUGLAS, repoussent l'utérus en avant derrière la symphyse et simulent, à s'y tromper, la péritonite pelvienne qui accompagne les salpingo-ovarites. La question devient insoluble s'il y a coexistence d'une annexite et d'une appendicite, ce qui se rencontre plus souvent qu'on ne croit : il faut recourir à la laparotomie pour savoir la vérité.

Une autre question peut se poser : s'agit-il d'une pelvipéritonite primitive ou bien de poussées pelvi-péritonitiques au cours d'une salpingo-ovarite ? L'examen des commémoratifs permet quelquefois de répondre d'une manière précise ; en général, il est impossible de se prononcer, car les deux processus peuvent être contemporains.

En ce qui concerne la pelvi-péritonite chronique, son diagnostic se basera sur la présence, dans le petit bassin, d'*adhérences anciennes*, *organisées*, qui immobilisent plus ou moins l'utérus et les annexes, en leur imposant des attitudes vicieuses (rétrodéviations, antéflexions, etc.), comme nous l'avons déjà vu.

Pronostic. — La pelvi-péritonite est un accident toujours sérieux, mais il nous semble que l'on a beaucoup exagéré sa gravité. Grâce à des soins mieux entendus et basés sur une connaissance plus exacte de la nature et de l'évolution de la maladie, la terminaison fatale est infiniment plus rare qu'autrefois. Nous exceptons, bien entendu, les formes suraiguës, qui tuent en deux ou trois jours.

Les progrès de l'asepsie, les perfectionnements apportés dans la technique opératoire rendent aussi l'intervention du chirurgien plus efficace et moins meurtrière qu'autrefois.

Cependant, il ne faudrait pas oublier que les collections enkystées peuvent, à un moment donné et sans cause toujours explicable, s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale, accident heureusement fort rare, mais toujours mortel.

Enfin, il est bon de se rappeler que la pelvi-péritonite, en apparence guérie, laisse très souvent après elle des adhé-

rences définitives, qui fixent les organes du petit bassin dans des attitudes anormales (rétrodéviations, etc.) ; les malades restent des infirmes que l'on ne peut espérer guérir qu'au prix d'une intervention toujours sérieuse.

Traitement. — Sauf dans les cas où l'intervention chirurgicale s'impose d'urgence, on doit, au début de la maladie, s'efforcer d'obtenir, par tous les moyens possibles, la résorption des exsudats qui encombrent le petit bassin.

Pendant cette période aiguë, les soins à donner aux malades sont exactement les mêmes que ceux que nous avons indiqués pour les salpingo-ovarites aiguës : repos absolu, glace sur l'abdomen en permanence, suppositoires calmants, etc.

Grâce à ce traitement rigoureusement appliqué, la terminaison par résolution s'observe encore assez fréquemment ; mais il faut compter au moins six semaines ou deux mois avant que la malade soit en état de quitter son lit. Si nous en croyons des faits récemment publiés, le traitement par l'*air chaud*, d'après la méthode de M. Polano, hâterait singulièrement la résorption des exsudats (Voyez p. 686). Dans le cas contraire, c'est à l'intervention sanglante qu'il faut s'adresser : le pus existe, il faut aller à sa recherche et l'évacuer le plus tôt possible sans trop compter sur l'ouverture spontanée de la collection dans le rectum, terminaison qui n'est cependant pas rare. En général, pour ne pas dire toujours, c'est dans le Douglas que se forme la collection : l'opération se réduit donc à une *colpotomie postérieure*, que nous avons décrite plus haut (Voyez p. 691).

Bibliographie. — G. Louis (*Thèse de Paris*, 1910). — Izard (*Thèse de Paris*, 1904). — Reiter (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1911).

HÉMATOCÈLES PELVIENNES

Étiologie et pathogénie. — Grâce aux travaux de Lawson Tait et de Veit, nous savons, aujourd'hui, que l'accident dénommé hématocèle rétro-utérine est le résultat d'un avortement tubaire ou de la rupture d'une trompe gravide,

tous deux accidents s'accompagnant d'un épanchement de sang dans la cavité péritonéale.

Cette affection, autrefois très bien décrite, au point de vue clinique, par NÉLATON, BERNUTZ, ARAN, BARNES, etc., a été pendant longtemps attribuée aux causes les plus disparates, telles que : *pachypéritonite hémorragique*, *exhalation sanguine du péritoine*, *apoplexie de l'ovaire*, *hémorragie par rupture des veines variqueuses du plexus utéro-ovarien*, *reflux du sang menstruel de l'utérus dans la trompe et, de là, dans le péritoine*, etc. Ces théories ne comptent plus guère de partisans aujourd'hui, mais il serait excessif, absurde même de les repousser toutes formellement et de parti pris. En effet, s'il est bien démontré et scientifiquement établi que la *grossesse tubaire* se trouve à l'origine de l'*immense majorité* des observées, en revanche, on trouve dans la littérature spéciale des faits rigoureusement contrôlés démontrant de la façon la plus catégorique que l'inondation du péritoine pelvien est quelquefois due à d'autres causes.

En premier lieu, il convient de citer l'hématocèle par *pachysalpingite hémorragique*. C'est M. L. BAZY qui, le premier, en 1910 a attiré l'attention sur ce mécanisme pathogénique, et à l'appui de son opinion, il a rapporté deux observations inédites et parfaitement authentiques. Hâtons-nous d'ajouter que c'est l'examen microscopique qui lui a permis de formuler son diagnostic et ses conclusions (*Revue de* POZZI, 1910). Notons encore, en passant, que, malgré les plus minutieuses recherches, M. L. BAZY n'a pu découvrir aucun autre exemple bien certain de cette pachysalpingite hémorragique.

Passons, maintenant, à l'*hématocèle par apoplexie ovarienne* (rupture d'un *kyste hématique* de l'ovaire, rupture d'un *follicule de* DE GRAAF). Cette cause est peut-être la plus fréquente après celle de la grossesse ectopique ; d'assez nombreux exemples ont été relatés par G. DE ROUVILLE, MÉRIEL (de Toulouse), COOK-HIRST, TARTANSON, JAYLE, etc. Dans le cas publié par CRANWELL en 1912, on avait trouvé un litre de sang dans le petit bassin, et l'ovaire présentait une perforation qui saignait.

L'hématocèle par *rupture de veines variqueuses du plexus*

ovarien a été positivement constatée par KYGNOCK (Édimbourg), par COOK-HIRST, etc. Ce mécanisme n'est réellement plus niable (1909-1913).

Le mécanisme de l'épanchement intra-péritonéal peut s'expliquer de deux manières. Tantôt il y a rupture du kyste fœtal par suite d'une altération de la paroi tubaire, comme nous l'avons déjà expliqué en traitant de la grossesse extra-utérine (Voyez p. 732) ; tantôt le sang est projeté dans la cavité péritonéale à l'occasion d'un avortement tubaire ; nous n'avons pas à y revenir ; ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que ces *accidents sont consécutifs à une grossesse ectopique interrompue dans son évolution.*

C'est pendant la période d'activité de la vie génitale de la femme que s'observent la plupart des hématocèles, c'est-à-dire de vingt à trente-huit ans. Dans la majorité des cas, les accidents éclatent au moment des règles, sous l'influence d'une impression de froid, d'une fatigue excessive, d'un traumatisme ; mais ils peuvent également survenir spontanément, en santé et sans causes ni prétextes appréciables.

Quelques auteurs font intervenir, comme causes prédisposantes, des troubles génitaux variés : fausses couches, irrégularités menstruelles, endométrites, inflammations annexielles, etc.

Anatomie pathologique. — Dans l'*hématocèle diffuse*, la quantité de sang épanché est parfois telle (2, 3, 4 litres) qu'elle remplit tout le petit bassin et remonte jusqu'au foie et au diaphragme : l'épiploon et les anses intestinales flottent au milieu du liquide et des caillots ; les fausses membranes péritonéales font ordinairement défaut, ou sont trop peu nombreuses, trop friables et faibles pour pouvoir créer des adhérences ; quant à l'embryon, on le retrouve quelquefois perdu au milieu des caillots. Du côté de la trompe, on constate la déchirure de la paroi, source de l'hémorragie. Nous avons déjà parlé de ces lésions à propos de la grossesse ectopique (Voyez p. 660).

L'*hématocèle enkystée* se présente sous un aspect bien différent : tout le sang épanché se collecte dans la partie la plus déclive de la cavité abdominale, c'est-à-dire dans le

cul-de-sac de DOUGLAS ; ailleurs, pas de sang libre ni de caillots (*fig.* 211).

Cette collection rétro-utérine se compose surtout de caillots noirs ou brunâtres contenus dans une sorte de sac plus ou moins complet constitué par des fausses membranes qui isolent l'épanchement des organes voisins et de la cavité péritonéale ; le tout se présente sous l'aspect d'une tumeur enkystée, plus ou moins volumineuse suivant l'abondance du sang épanché ; cette tumeur enveloppe l'utérus en arrière et sur les côtés et le refoule en avant contre la face postérieure du pubis ; les annexes sont elles-mêmes plus ou moins complètement englobées dans la masse, et il est parfois assez difficile de les découvrir au cours des interventions. En arrière, la collection enkystée comprime le rectum et favorise la constipation.

Dans certains cas, d'ailleurs assez rares, l'épanchement se produit en avant de l'utérus et des ligaments larges : il s'agit alors d'une ***hématocèle anté-utérine :*** les lésions anatomiques qu'elle présente ne diffèrent en rien de celles que nous venons de passer en revue. On admet généralement que cette localisation anormale se rencontre chez les femmes atteintes de lésions péritonéo-annexielles anciennes, qui ont amené l'oblitération de la cavité de Douglas. Ajoutons, en terminant, qu'on a décrit aussi des ***hématocèles extra-péritonéales***, caractérisées par un épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. D'après la plupart des auteurs, cette localisation succéderait à une hémorragie se produisant entre les deux feuillets du ligament large. Dans ces hémorragies extra-péritonéales, il peut arriver que le sang fuse dans des directions fort diverses ; on l'a vu forcer le bord externe du ligament large et se répandre dans la fosse iliaque, ou bien suivre la gaine hypogastrique, contourner le col, séparer la cloison vésico-utérine et aboutir au cul-de-sac vaginal antérieur ; ou encore traverser le releveur de l'anus et venir faire saillie dans la région ischio-rectale.

En réalité, ce qui distingue l'hématocèle diffuse de l'hématocèle enkystée, c'est, tout simplement, la quantité du sang qui fait irruption dans le péritoine au moment de l'accident ; si cette quantité est trop considérable, il se produit

une véritable inondation qui submerge les anses, l'utérus. les annexes et qui remonte jusqu'au diaphragme ; l'enkystement est impossible, car le péritoine n'a pas le temps de créer des adhérences protectrices ; l'épanchement reste libre. C'est le contraire qui arrive lorsque le liquide déversé remplit la cavité de DOUGLAS et une partie de l'excavation pelvienne, sans atteindre les limites du détroit supérieur.

Symptômes. — Ce sont ceux d'une hémorragie interne, plus ou moins grave, suivant qu'il s'agit d'une hématocèle diffuse ou d'une hématocèle enkystée.

L'hématocèle *diffuse*, *cataclysmique*, débute d'une manière brusque, pour ainsi dire foudroyante, par une douleur hypogastrique subite, atroce, éclatant en pleine santé : la malade pousse un cri, pâlit, s'affaisse, ou même tombe en syncope ; les yeux se cernent de noir, les lèvres se décolorent, le pouls devient petit, rapide, fréquent, et la mort peut survenir en l'espace de quelques minutes.

Fort heureusement, cette forme, justement dénommée cataclysmique, est exceptionnelle. En général, au lieu d'aller en s'aggravant, l'état de la malade tend à s'amender ; on croit même que tout est fini, lorsqu'une nouvelle crise se déclare, ordinairement moins grave que la première, puis tout semble rentrer dans l'ordre pendant quelque temps, quand une troisième atteinte survient, et ainsi de suite pendant plusieurs heures, jusqu'à ce qu'une dernière syncope emporte la malade, car il est bien rare que l'hémorragie s'arrête spontanément.

Souvent, le début des accidents coïncide avec des métrorrhagies quelquefois abondantes, accompagnées de l'*expulsion d'une caduque*, signe pathognomonique qui met un terme aux hésitations du médecin.

Dans ces formes à évolution rapide, l'exploration directe ne fournit que des renseignements incertains : le doigt introduit dans le vagin trouve les culs-de-sac à peu près normaux, car il s'agit d'un épanchement libre de sang encore liquide ; quant à la palpation abdominale, elle est rarement possible à cause de la sensibilité qu'elle réveille.

Les nausées et les vomissements ne sont pas très fréquents,

ils n'ont jamais la ténacité de ceux qu'on observe dans les infections péritonéales.

On a signalé, quelquefois, des ascensions thermométriques atteignant 38°, 39° et même 40°.

Dans l'hématocèle enkystée, le début est infiniment moins dramatique, bien que la douleur soit, parfois, assez

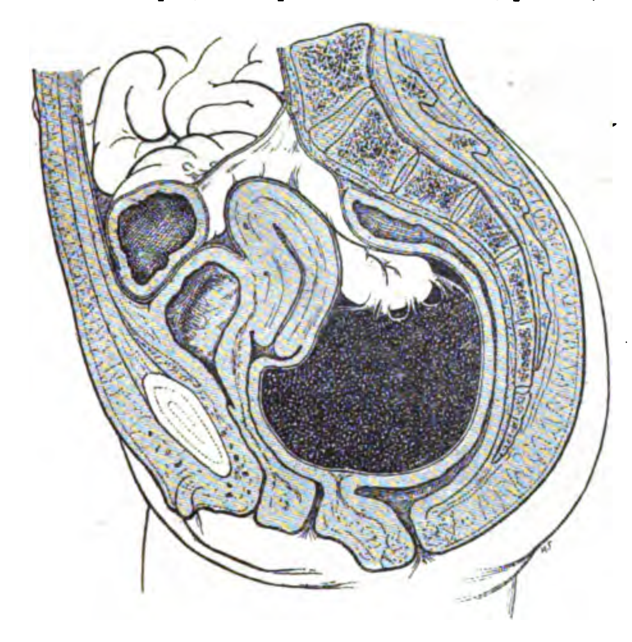


Fig. 211. — Hématocèle enkystée.

intense pour amener la syncope ; mais la malade revient vite à elle, et les symptômes d'hémorragie interne qu'elle présente sont bien moins accusés que dans la forme précédente. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, tout danger paraît écarté ; cependant on aurait tort de se laisser aller à une confiance excessive, tant que le pouls n'est pas redevenu normal.

Contrairement à ce qui s'observe dans l'hématocèle diffuse, la palpation bimanuelle fournit ici des renseignements très

précieux, et cela assez rapidement, au bout des premières vingt-quatre heures : le doigt introduit dans le vagin trouve le cul-de-sac postérieur distendu par une énorme tuméfaction, d'abord molle, dépressible, gardant l'empreinte du doigt, mais toujours très sensible à la pression ; les jours suivants, la consistance de cette masse devient plus ferme, puis franchement dure. Quant à l'utérus, ou plutôt au col, il est refoulé en haut, derrière la symphyse, difficile à atteindre et presque toujours immobile, gros, mou, entr'ouvert.

La fièvre fait ordinairement défaut ; il y a souvent des nausées, quelquefois des vomissements, qui ne persistent pas ; les premiers jours, on constate un léger météorisme abdominal et de la sensibilité hypogastrique à la pression.

Enfin, tous les symptômes alarmants se dissipent définitivement et la résolution commence ; elle est ordinairement fort longue et exige, pour être complète, deux ou trois ou quatre mois. Il y a *restitutio ad integrum*.

Mais les choses peuvent prendre une autre tournure : de nouvelles hémorragies se produisent et mettent de nouveau en danger la vie de la malade ; ou bien, après plusieurs jours de rémission, la poche s'infecte, la fièvre s'allume et la suppuration commence [1]. Il se forme un véritable abcès rétro-utérin qui peut se terminer de différentes manières : quelquefois on le voit s'ouvrir dans le vagin ou dans le rectum, ce qui constitue un mode de guérison spontanée ; mais il peut aussi se vider dans le péritoine en provoquant une péritonite rapidement mortelle ; enfin, il peut amener lentement la mort par résorption purulente. A noter aussi que l'évacuation de la collection par le vagin ou par le rectum n'aboutit pas forcément à la guérison, car l'orifice peut se fistuliser, une suppuration interminable s'établir, à laquelle la malade succombe au milieu de symptômes hectiques.

L'*hématocèle non puerpérale* se caractérise également par un ensemble de symptômes qui révèlent une hémorragie

1. L'infection de la poche est ordinairement due aux microorganismes venus de l'intestin ; mais c'est avec raison qu'on a incriminé aussi l'influence des annexes déjà malades. Une trompe infectée, un ovaire purulent peuvent jouer un rôle d'autant plus actif que ces organes sont en contact direct avec les caillots de la collection rétro-utérine.

interne plus ou moins grave : douleur subite, violente, parfois syncopale, vomissements, tendance au collapsus, etc., il n'y a donc pas lieu d'insister. Ajoutons simplement que cette variété se rencontre de préférence chez les vierges et chez les femmes qui ont eu peu d'enfants.

Diagnostic. — En général, il ne présente pas de difficultés sérieuses : l'explosion d'une douleur soudaine, atroce, syncopale, accompagnée des signes habituels de l'hémorragie interne — petitesse et rapidité du pouls, pâleur de la face, refroidissement des extrémités — forment un ensemble clinique trop caractéristique pour être méconnu ; il suffit, d'ailleurs, de pratiquer le toucher vaginal pour que toute hésitation se dissipe aussitôt : on découvre une tumeur mollasse, douloureuse, qui fait bomber le cul-de-sac postérieur, tandis que le col de la matrice, complètement immobile, se trouve refoulé derrière le pubis où il est parfois impossible de le sentir avec le doigt. On a quelque peine à comprendre comment des cliniciens exercés ont pu confondre cette affection avec l'*occlusion intestinale*, l'*appendicite aiguë, une crise de coliques hépatiques ou néphrétiques ;* la *pelvi-péritonite* elle-même se distingue de l'hématocèle par des symptômes d'infection et de réaction péritonéale qui manquent presque toujours dans l'affection qui nous occupe ; les résultats fournis par le toucher vaginal sont aussi différents : dans la péritonite pelvienne, la saillie du cul-de-sac postérieur apparaît beaucoup plus tard, et l'utérus n'est pas refoulé, plaqué contre la symphyse pubienne, attitude tout à fait caractéristique de l'épanchement sanguin rétro-utérin. A notre avis, le seul accident qui puisse simuler l'hématocèle, c'est la *torsion brusque d'un kyste ovarien ;* encore l'erreur n'est-elle possible, admissible, que s'il s'agit d'une assez petite tumeur jusque-là méconnue.

Quant à la notion de *grossesse antérieure*, elle n'est pas d'un grand secours pour affirmer le diagnostic d'hématocèle, attendu que, la plupart du temps, la malade ignore qu'elle est enceinte, sauf lorsque l'explosion de la crise coïncide avec des métrorragies et avec l'expulsion d'une caduque.

Pronostic. — Abandonnée à elle-même, l'hématocèle enkystée aboutit souvent à la résorption spontanée, après un laps de temps qui varie de six semaines à deux ou trois mois.

Il n'est pas rare que l'exsudat s'infecte par des germes venus de l'intestin : on assiste à la formation d'un vaste abcès qui, faute d'une intervention, finit par s'ouvrir spontanément dans le vagin, dans le rectum ou même dans la cavité péritonéale ; dans ce dernier cas, la terminaison fatale ne se fait pas longtemps attendre. En revanche, l'ouverture de la collection purulente dans les deux autres cavités que nous venons de nommer est quelquefois un mode de guérison spontanée ; mais il faut, à tout prix, prévenir la fistulisation de ces orifices, car cet accident a souvent pour conséquence la mort de la patiente par suppuration interminable et hecticité.

Quant au pronostic de l'hématocèle diffuse, il est à peu près fatal si l'on n'intervient pas d'*une manière précoce*, dans les premières heures qui suivent l'accident ; cependant il ne faudrait pas se faire illusion ni s'imaginer non plus qu'il suffit d'ouvrir le ventre pour arracher ces malades à la mort.

Traitement. — L'intervention chirurgicale, c'est-à-dire la laparotomie, s'impose, sans la moindre hésitation, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une inondation péritonéale diffuse, et, ici plus que partout ailleurs, le succès dépendra de l'adresse du chirurgien, de la promptitude avec laquelle il exécutera les différents temps de l'opération : il faut aller vite, très vite même, si l'on veut que l'intervention serve à quelque chose.

Le ventre ouvert, le chirurgien va droit aux annexes, sans perdre un temps précieux à enlever *tous* les caillots qui encombrent le petit bassin ; il jette aussitôt une ligature sur la trompe rompue et la résèque [1]. L'hémorragie arrêtée, on débarrasse le ventre du sang liquide et des caillots en épongeant vite et en essuyant avec des compresses stérilisées et chaudes ; inutile de faire une toilette minutieuse du péri-

1. Ces conseils sont plus faciles à donner qu'à suivre; la découverte des annexes malades peut être fort difficile et fort longue ; on est alors obligé de perdre du temps à enlever les caillots pour y voir clair.

toine, car on ne se hâtera jamais trop de fermer le ventre et de réveiller la malade. Il ne faut pas oublier de drainer avec un *très gros tube* entouré de gaze stérilisée, précaution indispensable pour prévenir la rétention, car on n'est jamais sûr d'avoir enlevé tous les caillots [1].

L'opération terminée, on s'empresse de réchauffer la malade en accumulant les couvertures chaudes, les boules d'eau chaude, etc. Les injections hypodermiques d'éther, de sérum artificiel à doses massives (1 à 2 litres d'emblée) sont toujours indiquées, indispensables meme : nous les avons vu amener de véritables résurrections.

Hématocèle enkystée. — Dans un grand nombre de cas, la maladie se termine par résolution sous l'influence du repos et de quelques soins médicaux. La malade gardera la position horizontale, la tête très basse, et l'immobilité la plus complète; pendant les vingt-quatre premières heures, le seul traitement indiqué sont les injections hypodermiques de sérum à doses plus ou moins massives, suivant la gravité de la situation ; on commence par 500 grammes, qui sont renouvelés au bout de deux heures ; si l'état de la patiente ne s'améliorait pas, il ne faudrait pas hésiter à porter la dose à 1 et même 2 litres de sérum dès les premières heures. En cas d'amélioration sensible, le sérum ne sera renouvelé qu'au bout de vingt-quatre heures. Dans les quatre ou cinq jours qui suivent, et en admettant que l'amélioration persiste ou s'accentue, on s'en tiendra à 500 grammes par vingt-quatre heures. Les injections hypodermiques d'ergotine (ergotine liquide Yvon à la dose de 1 à 2 grammes), de caféine (25 à 50 centigrammes) d'*huile camphrée*, rendent également service s'il y a tendance au collapsus ; on les renouvellera suivant les indications du moment [2]. Pendant les premiers jours,

1. Le drainage a ici une importance capitale, car les fautes contre l'asepsie sont fréquentes et même inévitables, vu la rapidité, la précipitation avec laquelle on est obligé de procéder. Nous conseillons donc de drainer et même de drainer très largement : il faut, à tout prix, empêcher la rétention des liquides et des caillots.

2. On ne doit pas craindre d'administrer les piqûres d'huile camphrée *à haute dose* (jusqu'à 1 gramme par 24 heures); elle constitue le stimulant, le tonique de choix dans ces formes graves.

l'usage de la morphine et de ses dérivés nous paraissent contre-indiqués ; de même, on fera bien de s'abstenir de toute irrigation vaginale ou rectale, tant que la menace de nouvelles hémorragies persiste, c'est-à-dire pendant les deux ou quatre premiers jours. L'orage une fois dissipé, il sera permis de recourir à des médications plus actives ; les irrigations vaginales et rectales très chaudes sont alors indiquées dans le but de favoriser la résolution de la tumeur rétro-utérine ; mais il faut que la malade continue à garder le décubitus dorsal et l'immobilité la plus complète. Pour combattre la constipation, qui ne manque jamais dans ces cas, on prescrira des laxatifs légers (cascara à la dose de 25 à 30 centigrammes, huile de ricin à la dose de 1 ou 2 cuillerées à café, deux ou trois fois par semaine, etc.). S'il y a des symptômes douloureux, les suppositoires morphinés ou belladonés soulagent très bien les femmes. Sous l'influence de ces soins, on constate, au bout d'une quinzaine de jours, en pratiquant le toucher vaginal, une diminution notable de la masse qui faisait bomber le cul-de-sac postérieur ; le col est plus accessible au doigt, mais l'immobilité de l'utérus persiste à peu près au même degré ; ce n'est qu'au bout d'un mois ou six semaines qu'on parvient à lui imprimer quelques mouvements. Vers la fin du deuxième mois ou au commencement du troisième, l'organe ne jouit pas encore de toute sa mobilité, et, dans le cul-de-sac postérieur, on ne sent plus qu'un petit noyau dur, indolent, qui peut persister encore pendant longtemps. D'une manière générale, la *restitutio ad integrum* exige au moins quatre grands mois.

Malheureusement, les accidents graves ne sont pas rares pendant l'évolution de l'hématocèle rétro-utérine. L'hémorragie peut reprendre, ce qui s'annonce par de nouvelles tendances à la syncope et par une augmentation de l'épanchement rétro-utérin. Faut-il intervenir ou bien attendre une nouvelle poussée ? Il est assez difficile de formuler une réponse catégorique ; nous estimons, pourtant, que l'expectation a ses avantages, et, si la malade n'a pas été trop éprouvée par la première et la seconde crise, peut-être vaut-il mieux temporiser ; mais, après la troisième, l'hésitation

n'est plus permise, il faut opérer, il faut ouvrir le ventre et aller à la recherche du point qui saigne, c'est-à-dire découvrir la trompe déchirée et lui appliquer le traitement qui lui convient.

L'hémorragie n'est pas le seul danger qui menace ces malades ; il faut craindre aussi l'infection du foyer rétro-utérin. Tout le monde est d'accord pour repousser l'ajournement de l'acte opératoire ; on doit intervenir immédiatement et aborder la collection purulente par la voie vaginale ; en d'autres termes, il faut faire une colpotomie, sauf à recourir plus tard à la voie haute pour traiter, s'il y a lieu, les lésions annexielles concomitantes. Le manuel opératoire de la colpotomie ayant déjà été décrit (Voyez p. 691), nous ne croyons pas utile d'y revenir. Une recommandation très importante, c'est de déterger à fond le foyer septique afin de prévenir la fistulisation de la plaie et d'épargner à la patiente les ennuis et les dangers d'une nouvelle intervention.

Bibliographie. — CESTAN. Des hémorr. intra-périt. et de l'hématocèle pelvienne (*Thèse de Paris*, 1894) — J.-L. FAURE (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, discussion de juillet 1899). — TARTANSON. Hémat. sans grossesse ectop. (*Thèse de Lyon*, 1909). — PRIMEROSE. Hématocèles non gravidiques (*Ann of Surgery*, 1912). — COHN. Hém. périt. par rupture d'un corps jaune (*Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1910). — CRANWALL. Hémat. non gravidiques (*Acad. de méd.*, 1912). — COOKE-HIRST (*Pensyl. méd Bull.*, 1909).

HÉMATOMES DE L'OVAIRE

L'hématome de l'ovaire semble être l'apanage des vierges, des nullipares et des femmes qui ont eu peu d'enfants.

On l'observe principalement chez les personnes mal réglées, chez les aménorrhéiques, chez celles dont la menstruation s'accompagne de troubles variés : douleurs, coliques, crises nerveuses, etc.

L'hématome se développe parfois *brusquement ;* il se révèle alors par des phénomènes bruyants : douleur subite, ballonnement du ventre, vomissements, refroidissement des extrémités, etc., on se croirait en présence d'une hématocèle

véritable ; mais l'évolution ultérieure des symptômes montre bientôt qu'il n'en est rien. Par la pulpation bimanuelle — rendue difficile, quelquefois impossible à cause du météorisme et de la douleur — on découvre une tumeur arrondie, régulière, élastique, tendue, souvent très dure, très sensible à la pression et dont le volume peut atteindre la grosseur d'un œuf, d'une orange et même d'une tête d'adulte. Il n'y a pas de fièvre, ou bien la température atteint rarement 38°. Tout peut se réduire à cet ensemble des troubles vagues, et au bout de quelques jours, la régression commence. D'autres fois, sous une influence quelconque, et même sans cause appréciable, le kyste se rompt, le sang s'épanche dans le péritoine en donnant lieu aux phénomènes que nous avons décrits à propos de l'hématocè le vulgaire.

Dans un certain nombre de cas, au contraire, l'hématome se forme *lentement*, il évolue sournoisement et se caractérise par des symptômes qui font penser à toute autre chose : douleurs vagues, avec irradiations lombaires, pesanteur périnéale surtout au moment des règles, et, au cours de cette évolution progressive, des adhérences s'établissent entre la tumeur sanguine et les organes voisins, adhérences qui, en isolant l'ovaire de la trompe, en formant des coques filamenteuses ou fibreuses autour de ces deux organes, interviennent pour frapper de stérilité les femmes qui en sont atteintes ; quoi qu'il en soit, au moment où l'on s'y attend le moins, le kyste se rompt et l'on assiste à l'explosion d'une pseudo-hématocèle dont les conséquences varient suivant le volume de la poche, l'abondance du sang épanché, l'état de la séreuse, etc.

Traitement. — Il est assez difficile de formuler des indications fermes. Si la femme est très jeune et tant que la fièvre fait défaut, qu'aucun symptôme alarmant ne s'est déclaré, il vaut mieux temporiser et appliquer un traitement symptomatique : repos, révulsion par la glace sur l'abdomen, immobilité. Dans le cas contraire, si les crises douloureuses se précipitent, si le mal résiste au repos et aux moyens conservateurs, vous n'aurez d'autre ressource que la laparotomie suivie de l'ablation de la tumeur, avec toilette du péritoine, etc.

TUMEURS DU LIGAMENT LARGE

On doit les distinguer en tumeurs *liquides* et en tumeurs *solides*.

Tumeurs liquides. — Elles sont encore connues sous le noms de *kystes para-ovariens*, *kystes wolffiens*, et tout le monde admet aujourd'hui, avec VERNEUIL, qu'elles se développent aux dépens du *para-ovarium* ou organe de ROSENMÜLLER.

Ces tumeurs, beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a cru pendant longtemps, n'atteignent qu'exceptionnellement les dimensions des grands kystes ovariens proprement dits. Elles se développent entre les deux feuillets du ligament large, et sont constituées par une paroi conjonctive tapissée intérieurement de cellules épithéliales cylindriques. Le péritoine du ligament leur forme une enveloppe séreuse, qui n'adhère pas à la poche kystique.

Les kystes para-ovariens sont toujours uniloculaires et renferment un liquide citrin, aqueux, transparent, riche en chlorures, mais dépourvu de paralbumine, en somme tout à fait différent du contenu épais et filant des kystes ovariques vulgaires.

Tant qu'elle est petite, la tumeur reste cachée dans l'excavation pelvienne et ne cause aucun trouble appréciable ; mais, à mesure qu'elle augmente de volume, elle tend à repousser l'utérus du côté opposé et en avant, et à faire saillie dans le cul-de-sac latéral correspondant ; il n'est même pas rare qu'elle comprime la vessie ou le rectum. Par la palpation bimanuelle, on trouve donc une tumeur arrondie, régulière, indolente, rénitente, accolée à la matrice, paraissant souvent — mais pas toujours — indépendante d'elle ; à ce moment le diagnostic n'offre donc pas de sérieuses difficultés. A la longue, le kyste se dégage du petit bassin pour monter dans la grande cavité péritonéale : il n'est alors presque jamais possible de ne pas le prendre pour un kyste ovarique ordinaire.

Abandonnés à leur évolution spontanée, les kystes paraovariens n'ont pas la moindre tendance à la régression, ni à la résorption. En revanche, ils peuvent se rompre, s'enflammer, suppurer, ou même subir la transformation maligne. Il s'agit donc d'une affection sérieuse, contre laquelle l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire l'extirpation, s'impose formellement.

Quelques chirurgiens n'ont pas hésité à aborder ces tumeurs par la voie vaginale : il est incontestable que la laparotomie doit être préférée, même pour les petits kystes. En général, l'ablation s'effectue sans difficulté ; cependant les exceptions à cette règle ne sont pas absolument rares : l'enclavement, les adhérences avec les organes voisins, et surtout l'intestin, le développement anormal des plexus veineux pelviens peuvent rendre l'intervention très périlleuse ; enfin, il ne faut pas oublier que le voisinage de l'uretère, presque toujours déplacé, commande la plus grande circonspection. Plus d'une fois le nombre et la solidité des adhérences existant entre la poche et l'intestin ou l'uretère ont obligé le chirurgien à recourir à la marsupialisation.

Tumeurs solides. — Les auteurs ont décrit des *sarcomes*, des *lipomes*, des *fibro-myomes ;* HEINSIUS et VON HERFF ont même rapporté, chacun, un exemple de *carcinome primitif* du ligament large, lequel se serait développé aux dépens de débris des canaux de GÄRTNER (1901). Seuls les *fibromes* et les *fibro-myomes* méritent d'être étudiés [1].

Au point de vue de leur structure, les fibro-myomes du ligament large ne diffèrent, pour ainsi dire, en rien des corps fibreux vulgaires de la matrice, et, comme ces derniers, ils peuvent subir la dégénérescence sarcomateuse, myxomateuse, colloïde ou kystique. Leur grosseur varie beaucoup : il en est d'énormes, pesant 19, 20, 21 kilogrammes, qui s'accompagnent d'un développement considérable des vaisseaux pelviens. Le plus souvent, ils sont entourés d'une zone conjonctive qui facilite leur énucléation ; mais il faut noter que leur enclavement dans le petit bassin est possible, d'où la production de troubles de compression plus ou moins graves.

[1] DENIKER (*Thèse de Paris*, 1910).

Gusserow a rapporté un cas de fibromes bilatéraux chez une femme de quarante-quatre ans.

Cliniquement, les fibromes du ligament large évoluent comme ceux de l'utérus, sauf que les métrorragies font ici complètement défaut et que la cavité utérine n'est pas sensiblement agrandie. Ces deux caractères n'ont, toutefois, rien de pathognomonique, comme on pourrait le penser au premier abord, attendu qu'on les retrouve chez les porteuses de fibromes utérins sous-péritonéaux. La situation latérale de la tumeur par rapport à l'organe de la gestation est un bon signe diagnostique, il permet souvent de distinguer ces néoplasmes de ceux de la matrice, mais il est insuffisant pour permettre de discerner un fibro-myome du ligament large d'un fibrome de l'ovaire. En général, c'est la laparotomie qui tranchera la question [1].

Le seul traitement qui convienne à ces tumeurs est l'extirpation. Il faut toujours essayer de conserver la matrice, sauf dans les cas où le sacrifice de cet organe peut faciliter les manœuvres de l'ablation. Il va sans dire que l'opération devient tout à fait grave lorsque la tumeur s'accompagne d'un développement anormal des plexus pelviens. Au cours de ces interventions laborieuses, l'uretère court les plus grands risques d'être pincé ou sectionné [2].

1. Pernice a observé un *lipome* pesant 15 kilogrammes chez une femme de soixante-quatre ans ; Amann en a rapporté aussi un exemple ; dans ces deux cas, l'origine ligamentaire des néoplasmes était indéniable. — On a publié aussi des observations de *kystes dermoïdes*, de *kystes hydatiques* et même de *tumeurs actinomycosiques* développés aux dépens des ligaments larges ou dans le tissu conjonctif voisin. (Consulter : A. Martin. *Les maladies du tissu cellulaire pelvien*. Berlin, 1906, chez Karger).

2. Tout récemment (1913), Jacub (de Moscou) a observé chez une femme de 36 ans, un énorme *fibro-sarcome fuso-cellulaire* atteignant l'ombilic et dont l'évolution fut marquée par des crises névralgiques violentes. — Il convient de signaler encore : 1° un cas de *kyste hydatique* multiloculaire chez une femme, enceinte de 4 mois, rapporté par Oliver (de Londres) en 1912 ; 2° un exemple tout à fait remarquable de *myxome sous-péritonéal* inclus dans le ligament large, chez une malade de 32 ans ; au cours de l'opération pratiquée par Brin (d'Angers), on constata la présence de deux prolongements, dont l'un faisait saillie dans le vagin, tandis que l'autre aboutissait à la région fessière, après avoir traversé le relever de l'anus. Ce myxome, parfaite-

TUMEURS DU LIGAMENT ROND

Ces tumeurs sont assez rares et s'observent presque toujours chez des multipares adultes ; cependant A. **Bluhm** en a décrit un cas chez une vierge de vingt ans, et M. **Nicolaysen** en a vu un autre chez une enfant âgée de quatre ans et demi.

Tumeurs liquides. — Il est généralement admis aujourd'hui que les kystes du ligament rond, *hydrocèles véritables* de la femme, prennent naissance aux dépens du canal de **Nück**, qui est l'homologue du canal vagino-péritonéal de l'homme [1].

Le volume de ces collections liquides varie beaucoup ; le plus souvent on trouve, au niveau de la région inguinale, une saillie grosse comme un œuf de pigeon, comme une prune, ou comme un œuf de poule, très rarement comme le poing, saillie arrondie, mate, fluctuante, ordinairement irréductible, tout à fait indolente à la pression ; d'autres fois la tumeur est allongée et tend à descendre dans la grande lèvre correspondante ; ou bien le kyste, en augmentant de volume, se porte en avant et en haut, distendant et déformant la paroi abdominale. M. **Schroeder** a observé, chez une malade, un kyste ligamentaire dont le liquide se laissait refouler dans le ventre par la pression.

En 1899, **Gubaroff** (de Moscou) a publié un cas unique

ment pur et riche en fibres élastiques, pesait 3.700 grammes. Ablation et guérison (1910). — Nous devons signaler encore un cas extrêmement rare, et pour ainsi dire unique, rapporté par **Lecène** en 1911 : un exemple de *chorio-épithéliome primitif du ligament large*, chez une femme de 54 ans, qui fut opérée et succomba peu de temps après. A l'autopsie, on ne put découvrir aucun vestige de tumeur primitive soit dans l'utérus, soit dans les annexes, ni dans le vagin ; on est donc forcé d'admettre qu'il s'agit d'un choriome malin des veines de la base du ligament large.

1. Quelques auteurs soutiennent que certains de ces kystes ont une origine mullerienne.

concernant un kyste qui paraissait s'être développé aux dépens de la portion intra-abdominale du ligament rond ; la tumeur, très considérable, remplissait le ventre et remontait au-dessus de l'ombilic. Au cours de la laparotomie qui fut faite, on constata que le ligament, étalé en éventail, semblait se perdre dans l'épaisseur de la paroi kystique.

D'une manière générale, on peut donc considérer l'hydrocèle de la femme comme une affection très bénigne, ne causant que de la gêne par son volume ; la seule complication possible est la suppuration, accident fort rare et que l'on peut prévenir par l'ablation, dès que le diagnostic est posé.

Celui-ci est, en général, facile : l'*entérocèle* se distingue de ces tumeurs par sa sonorité, sa réductibilité avec gargouillement ; la *hernie épiploïque* en diffère par sa consistance, qui ne ressemble nullement à de la fluctuation.

Le traitement de cette affection ne peut consister que dans l'extirpation complète de la poche.

Tumeurs solides. — On a décrit des *fibromes purs*, des *fibro-myomes*, des *myxo-fibromes*, des *fibro-myxo-sarcomes*, des *myomes télangiectasiques*, enfin des *tératomes bénins*. Les seules tumeurs solides bien connues sont les fibromyomes. D'après Fritsch, on aurait observé des hématomes, dont un cas se serait terminé par la suppuration [1].

Les fibro-myomes du ligament rond s'observent surtout du côté droit ; mais on a rapporté aussi des exemples de tumeurs bilatérales de forme arrondie ou lobulée ; ils offrent une grosseur qui ne dépasse pas souvent celle d'un œuf de poule ou d'une mandarine ; cependant on en a décrit qui pesaient plusieurs kilogrammes [2].

Si le néoplasme s'est formé aux dépens de la portion inguinale du ligament rond, il se développera du côté de la

1. Kaufmann a rapporté un cas de fibrome bilatéral de la portion extra-abdominale du ligament rond ; Winckel a publié une observation analogue concernant une tumeur extra-abdominale chez une femme de soixante-seize ans.

2. Taddei de Florence) a observé, chez une femme de 26 ans, un fibro-myome de ligament rond qui pesait 3 kilos. C'était une masse ovoïde, dure, en partie développée dans la grande lèvre correspondante (*Le Clinica chirurgica*, 1910).

paroi abdominale, ou bien ira s'insinuer dans l'épaisseur de la grande lèvre. Mais il peut aussi naître de la portion intra-abdominale de ce cordon ; on le voit alors s'accroître dans la cavité péritonéale et affecter les allures d'une tumeur de la matrice, de la trompe ou de l'ovaire.

Au point de vue du siège, Chevassu distingue trois types : 1° les tumeurs intra-inguinales, qui sont assez rares ; 2° les tumeurs à cheval sur l'orifice externe de l'anneau inguinal ; 3° celles qui prennent naissance dans la grande lèvre, et qui sont les plus communes (*Revue de* Pozzi, 1910).

D'après ce même auteur, ces néoplasmes seraient presque toujours des fibromes ou des fibro-myomes caractérisés par la présence d'inclusions épithéliales, dont l'origine woolffienne ne fait pas de doute ; il propose de les dénommer *enclavômes*. Quoi qu'il en soit, ces enclavômes affectent des rapports très intimes avec le ligament rond, et ils sont quelquefois encapsulés.

Tant qu'il est petit, le fibrome du ligament rond ne cause que de la gêne ; ce n'est que lorsqu'il a pris un développement considérable qu'il peut occasionner des douleurs par compression de filets nerveux.

La plupart de ces néoformations sont bénignes, mais tous les auteurs s'accordent à dire qu'elles peuvent subir des transformations dont les allures ne sont rien moins que rassurantes.

Le diagnostic des tumeurs extra-abdominales n'offre, en général, pas de difficultés ; il suffira d'un peu d'attention pour éviter la confusion avec une *hernie*, avec une *adénite inguinale*, etc. On ne saurait en dire autant de celles qui se développent du côté de la cavité abdominale. Dans la très grande majorité des cas, c'est la laparotomie qui permettra de reconnaître leur véritable point de départ.

Pour distinguer une tumeur du ligament rond (dans sa portion inguinale) d'un néoplasme des parois abdominales (fascia transversalis, par exemple), il suffit, en général, de commander à la malade de contracter sa paroi ; dans le premier cas, la tumeur conserve sa mobilité, dans le second, elle se trouve nécessairement immobilisée.

L'extirpation est le seul traitement qui convienne à ces

productions. L'ablation des fibro-myomes inguinaux s'effectue sans la moindre difficulté ; il n'en est pas de même des tumeurs intra-péritonéales, qui, à cause des adhérences qu'elles ont pu contracter avec les organes voisins, réclament une laparotomie dont le pronostic n'est pas toujours d'une bénignité absolue.

TUMEURS DU LIGAMENT OVARIEN

Elles sont tout à fait exceptionnelles, mais leur existence ne fait aucun doute : ce sont des néoplasmes développés exclusivement aux dépens de ce repli. La plupart de celles qui ont été observées étaient des *fibromes* ou des *fibromyomes* (Amann, Doran, Gessner).

Penrose a publié un cas de *sarcome ;* Robert Meyer et Emanuel ont observé des *adéno-fibromes*. Pour plus amples détails, consulter le livre récemment paru de A. Martin (Berlin, 1906 [1]).

ADÉNO-MYOSITE RECTO-UTÉRINE

Nous devons une mention à cette très singulière localisation signalée par R. Mayer. Elle est caractérisée par le développement d'une sorte de nodosité en pleine cloison recto-vaginale.

Dans un travail récemment paru (1912), M. Remsch (de Munich) rapporte une observation relative à une tumeur fibro-myomateuse siégeant dans la cloison recto-utérine et remarquable par la présence d'une *infiltration adénomateuse*. Quel pouvait bien être le point de départ de ces éléments inattendus ? Provenaient-ils de la muqueuse utérine (par le

1. A. Martin. (*Die Krankheiten des Beckenbindegewebes*, 1906, chez Karger, éditeur, Berlin.) — On trouvera dans cet excellent travail tous les renseignements cliniques et bibliographiques désirables relatifs aux néoplasmes du ligament rond et du ligament large.

processus des îlots glandulaires aberrants)? Étaient-ils plutôt une émanation des canaux de WOLFF ou de MULLER ? Question insoluble jusqu'à nouvel ordre.

PSEUDO-MYXOME DU PÉRITOINE

Affection encore très mal connue, le pseudo-myxome péritonéal se caractérise cliniquement par des masses gélatineuses, colloïdes, de volume variable, plus ou moins disséminées à la surface de la séreuse abdominale. Ces amas gélatineux affectent souvent l'aspect de nappes sirupeuses, constituées par une agglomération de petites sphères vésiculeuses, assez semblables aux grappes de la môle hydatiforme ; d'autres fois on rencontre de petites tumeurs kystiques, ou bien de véritables brides ou tractus gélatineux sillonnant la surface de la séreuse ou bien reliant les franges épiploïques entre elles ou avec les organes voisins.

Il serait beaucoup trop long et sans grand intérêt pratique de relater ici toutes les interprétations pathogéniques qui ont été formulées tant en France qu'à l'étranger, surtout en Allemagne ; on peut résumer le débat en rappelant qu'il existe, selon toute vraisemblance, deux variétés de pseudo-myxome : le *pseudo-myxome d'origine ovarienne* et le *pseudo-myxome d'origine appendiculaire.*

Le pseudo-myxome d'origine ovarienne serait le résultat de la rupture d'un kyste mucoïde ; la substance colloïde déversée se grefferait sur la séreuse, où elle poursuivrait son évolution, qui serait, dans la majorité des cas, maligne. OLSHAUSEN pense qu'il y aurait transplantation de l'épithélium du kyste ovarien rompu.

Si nous en croyons AHLSTROEM, le pseudo-myxome de source ovarique a une marche très insidieuse ; il donne très rarement lieu à des phénomènes douloureux, et les métastases qu'il provoque à distance seraient presque toujours méconnues.

Quant au pseudo-myxome d'origine appendiculaire, il est généralement admis aujourd'hui que les masses qui s'im-

plantent à la surface de la séreuse sont sécrétées par les glandes de l'appendice chroniquement irritées. Cependant Lejars estime que cette origine n'est pas unique et qu'une partie des amas colloïdes qui tapissent la séreuse naissent sur place aux dépens de l'endothélium péritonéal.

Quoi qu'il en soit, il est bien établi aujourd'hui que les masses provenant de deux sources aussi différentes sont loin d'avoir le même pronostic. Nous venons de voir que le pseudo-myxome ovarique évolue comme une tumeur maligne, tandis que celui qui émane de l'appendice a les allures d'une néoformation de bonne nature, au moins dans la grande majorité des cas observés jusqu'à présent.

Quel est le traitement de cette singulière affection ? On a plus d'une fois essayé d'enrayer les progrès du mal en intervenant par la laparotomie ; mais les opérations entreprises contre le pseudo-myxome d'origine ovarienne n'ont pas toujours eu une issue favorable ; en effet, les statistiques révèlent une mortalité de près de 10 p. 100. Quant aux résultats éloignés, Ahlstroem a noté les particularités suivantes : 3 opérées perdues de vue ; 10 paraissent guéries depuis un laps de temps qui va de 3 à 18 ans ; 2 ont succombé à la repullulation des masses colloïdes ; 7 sont en train de récidiver. Dans la plupart des cas observés, la récidive se présente sous la forme de nappes gélatineuses sillonnant la séreuse ou criblant l'épiploon ; d'autres fois, la repullulation se fait dans l'ovaire ; enfin, on a vu le retour du mal se présenter sous la forme d'une poussée carcinomateuse.

Nous sommes très mal renseignés sur les résultats des interventions appliquées à la cure du pseudo-myxome provenant de l'appendice : tout ce qu'il est permis d'avancer à l'heure présente, c'est que le pronostic immédiat est presque toujours favorable.

APPENDICE

TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

Étiologie et pathogénie. — Bien que cette affection soit moins rare qu'on ne l'a cru jusqu'à ces temps derniers, nous n'en donnerons ici qu'une description sommaire. Comme il est à peu près impossible de la reconnaître sans ouvrir le ventre ou sans recourir au microscope, nous estimons qu'elle n'offre, au point de vue pratique, qu'un intérêt assez secondaire.

La tuberculose utéro-annexielle *primitive*, par *transmission directe*, par *coït infectant*, n'est plus niable, bien qu'elle soit fort rare (Cohnheim, Verneuil, Fernet, etc.). Pour la plupart des auteurs, la contamination s'effectuerait d'une manière accidentelle, par introduction dans le vagin ou dans la cavité utérine d'objets chargés de pus tuberculeux (canule, instruments, linge, pessaire, etc.). Le coït interviendrait beaucoup plus rarement (Frerichs, Mosler, Schramm, etc.), mais son influence pathogénique ne fait plus de doute.

Beaucoup plus fréquente, la tuberculose *secondaire* arrive jusqu'aux organes génitaux internes par deux voies : 1° par contiguïté ou continuité (intestin, péritoine) ; 2° par généralisation, c'est-à-dire par la *voie sanguine* ou par la *voie lymphatique*. En d'autres termes, la tuberculose utéro-annexielle secondaire se déclare chez des femmes déjà contaminées par le bacille de Koch ; elle se manifeste alors au cours des localisations tuberculeuses les plus diverses : phtisie pulmonaire, tuberculose péritonéale, arthrites fongueuses, tuberculose intestinale, péritonéale. Tous ces faits sont bien connus : inutile d'en parler plus longuement.

La présence des bacilles spécifiques a été démontrée par plusieurs auteurs, et les inoculations faites aux animaux ont donné des résultats positifs (Voyez Bibliographie).

Anatomie pathologique. — Il faut étudier séparément les lésions utérines et les lésions tubo-ovariennes.

Lésions de l'utérus. — Souvent, le corps de l'utérus est seul atteint.

On a décrit une *forme miliaire*, tout à fait exceptionnelle, et qui a été même niée par beaucoup d'auteurs.

Peut-être faudrait-il en dire autant du *type interstitiel* caractérisé par la formation de foyers bacillaires en plein parenchyme musculaire. Si elle existe, cette forme doit être fort rare. Même remarque en ce qui concerne les *types verruqueux* et *polypoïde*.

Passons à la *forme ulcéreuse*, la plus fréquente et la mieux connue. Ici, le processus évolue aux dépens de la muqueuse, qui s'infiltre, s'épaissit, se vascularise, comme s'il s'agissait d'une endométrite banale. Enfin, la membrane se couvre de lésions ulcéreuses masquées par un enduit caséeux superficiel. Ces ulcérations offrent un aspect assez caractéristique : elles sont irrégulières, à bords déchiquetés, à fond grisâtre ou jaunâtre, tantôt superficielles, tantôt assez profondes, intéressant parfois toute l'épaisseur de la muqueuse, jusqu'au parenchyme musculaire sous-jacent, qui s'infiltre à son tour et s'hypertrophie. Fait important à retenir, ces lésions restent ordinairement cantonnées dans le segment supérieur de la matrice ; elles ne dépassent pas, en bas, l'orifice interne du col.

Quant à la *tuberculose cervicale*, on la considère généralement comme moins fréquente que la forme précédente ; elle peut exister à titre de lésion isolée (CORNIL, KAUFFMANN, FRIEDLANDER) ; dans la plupart des cas, on trouve, en même temps, des foyers bacillaires dans le corps et dans les trompes. Ce qui ne manque jamais, c'est la *localisation péritonéale*. En revanche, rien de plus variable que l'intensité de ce processus : entre le semis très discret de granulations miliaires et la véritable pelvi-péritonite tuberculeuse, on observe tous les intermédiaires.

Lésions annexielles. — La tuberculose tubaire est, assurément, la plus commune de toutes les localisations de la tuberculose génitale chez la femme. Très souvent, la trompe et l'ovaire sont gravement atteints, tandis que l'utérus, le vagin, la vulve n'offrent aucune trace d'altération bacillaire. Il est vrai que la séreuse n'est presque jamais indemne.

Il est bien exceptionnel que l'ovaire soit seul touché, ou qu'il soit atteint le premier.

La salpingite tuberculeuse évolue sous deux formes principales : le *kyste tubaire* et la *salpingite parenchymateuse*. Le premier affecte la forme d'une poche pleine de pus tuberculeux [1] ou de pus ordinaire ; les parois de cette poche sont assez épaisses, friables et tapissées intérieurement d'un enduit caséeux. L'autre forme se caractérise par l'hypertrophie de l'organe dont les parois, très charnues, infiltrées de nodules, criblées de petits foyers ramollis, se soudent, à la faveur d'adhérences péritonéales, à l'ovaire, à l'intestin, à la vessie, etc. Du côté de la lumière tubaire, la muqueuse épaissie, tomenteuse, est hérissée de fongosités baignant dans un pus sanieux, tenant en suspension des amas grumeleux, etc.

Lorsque l'ovaire est touché, il s'accole à la trompe avec laquelle il constitue un magma perdu au milieu de fausses membranes épaisses, limitant quelquefois des espaces pleins de pus. Quant aux altérations propres de la glande, on note tantôt une simple augmentation de volume avec infiltration du parenchyme, tantôt la présence de petis abcès [2], de foyers caséeux, etc.

Les lésions du péritoine ne méritent pas de nous arrêter,

1. Il y a quelques années (1908) Albertin (de Lyon) a publié trois observations d'*abcès froids tubaires* bilatéraux et très volumineux; chez une de ces femmes, chaque poche tubaire avait la grosseur d'une orange.

2. Chez une femme de 51 ans, Rouget et Albertin ont trouvé un *abcès froid* de l'*ovaire droit* ayant le volume d'une tête de fœtus et contenant du pus tuberculeux absolument caractéristique; l'examen de la paroi révéla des lésions typiques de tuberculose. Les trompes étaient indemnes. Cette observation constitue une véritable rareté (*Lyon médical*, 1912).

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici le cas publié par Rosenthal en 1911 et relatif à une jeune femme de 25 ans porteuse des deux kystes dermoïdes ovariens; dans l'une de ces tumeurs, il découvrit un foyer tuberculeux en pleine activité.

car elles ne diffèrent pas de celles que nous observons au cours de la péritonite tuberculeuse classique.

Nous n'avons pas non plus à nous occuper des altérations viscérales qui ont servi de point de départ à la localisation génitale, et dont nous avons déjà parlé (phtisie pulmonaire, pleurésie, ostéo-arthrite tuberculeuse, etc.).

Symptômes et diagnostic. — Cliniquement, la salpingo-ovarite tuberculeuse est presque toujours méconnue : en présence d'une femme ayant des lésions tubo-ovariennes manifestes, à quels signes pourra-t-on reconnaître qu'il s'agit d'un processus de nature bacillaire ? Il est d'autant plus difficile de répondre à cette question qu'au cours même de la laparotomie l'examen à l'œil nu ne permet pas toujours de distinguer une trompe tuberculeuse d'un pyosalpinx vulgaire. On fera donc bien de s'abstenir de toute affirmation prématurée avant d'avoir consulté le microscope ; mais il n'est pas interdit de tenir compte de certains indices qui pourraient nous aider à découvrir la vérité. Si la malade est vierge, ou si c'est une nullipare dont le passé génital est à l'abri de tout soupçon ; si la santé générale de la femme laisse à désirer et, à plus forte raison, si elle est franchement mauvaise (bacillose thoracique, ostéo-arthrite fongueuse, etc.) ; s'il y a des tares héréditaires manifestes, on aura le droit de supposer que les changements pathologiques survenus du côté des annexes de l'utérus pourraient bien relever d'une cause plus sérieuse qu'une infection pyogène vulgaire. Ces soupçons seront fortifiés si la malade perd en abondance un liquide purulent, strié de sang, tenant en suspension des grumeaux caséeux d'apparence tout à fait insolite ; enfin, les présomptions se changeront en certitude si l'examen bactériologique de la leucorrhée fournissait des résultats positifs.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que l'existence des pertes purulentes dont il vient d'être question implique que le corps de l'utérus n'est pas indemne et que ses lésions sont identiques à celles de l'appareil tubo-ovarien.

L'évolution clinique de la tuberculose isolée du corps de la matrice n'est pas moins obscure : on constate que l'organe est hypertrophié et sensible à la pression bimanuelle, et c'est

tout ce qu'on peut affirmer, à moins de voir survenir cette leucorrhée purulente d'aspect anormal et qui appelle l'examen microscopique.

Quant à la bacillose du museau de tanche, les difficultés qu'elle soulève sont d'un autre ordre. Si la lésion consiste en une induration bien limitée et cantonnée dans une des lèvres, on pourra penser à un petit *fibrome cervical*. Si l'on découvre une ulcération à bords décollés, déchiquetés, flanquée de quelques nodules friables et baignant dans un pus grumeleux, il est impossible d'éliminer l'idée du *cancer* sans le secours du microscope.

En somme, l'intervention du microscope facilite singulièrement le diagnostic, pourvu, toutefois, que la leucorrhée soit réellement caractéristique ; dans le cas contraire, c'est au bistouri qu'il appartient de trancher la question. Mais, ainsi que nous le disions en commençant, il ne suffit pas toujours d'avoir les pièces sous les yeux pour pouvoir se prononcer sans craindre de se méprendre : très souvent l'examen à l'œil nu est insuffisant ; il faut recourir au microscope.

Marche et pronostic. — Il ne semble pas que la tuberculose génitale ait la moindre tendance à la régression spontanée, ce qui revient à dire qu'il s'agit d'une affection fort grave, contre laquelle on doit faire appel à toutes les ressources de la thérapeutique.

La mort est très souvent due aux progrès de la maladie causale (tuberculose pulmonaire, péritonite bacillaire, tuberculose urinaire, ostéo-articulaire, etc.) ; d'autres femmes sont emportées par un accident intercurrent (méningite, urémie, granulie) ; enfin, il y a des malades qui s'éteignent lentement dans le marasme.

Nous ne connaissons pas d'exemple authentique de guérison spontanée.

Traitement. — Si la femme est jeune et si sa santé générale ne paraît pas sérieusement compromise, il n'y a pas à hésiter : l'intervention s'impose.

Comme il est impossible de formuler un diagnostic précis, c'est à la laparotomie qu'il faudra recourir, car elle permet de proportionner l'étendue de l'exérèse à la gravité des lésions.

D'après PATEL (de Lyon), les méthodes radicales (hystérectomie totale) ne sont indiquées, chez les femmes jeunes, que si les lésions sont étendues, profondes, et surtout si l'utérus et les annexes sont simultanément touchés ; en effet, on ne saurait alors agir avec trop de vigueur. Dans le cas contraire, chez les porteuses de lésions discrètes, superficielles, il vaut mieux s'adresser aux procédés conservateurs (résection du col, ablation partielle des trompes, des ovaires, etc.), et, en même temps, faire appel à toutes les ressources de la thérapeutique pour remonter l'état général (héliothérapie, changement de climat, séjour à la mer, huile de foie de morue, arsenic, etc.). Dans son mémoire publié en 1912, ce chirurgien donne une statistique comprenant 116 cas traités par l'hystérectomie avec 9 morts opératoires ; des 107 femmes qui ont survécu à l'acte opératoire, 8 ont succombé dans le courant de la première année. PATEL a pu se renseigner sur l'état de 80 survivantes : elles étaient toutes en parfaite santé.

Il convient d'ajouter que les idées de PATEL n'ont pas l'approbation de tous les chirurgiens, surtout en ce qui concerne les opérations conservatrices : pour beaucoup d'entre eux, il n'y a qu'un moyen vraiment efficace d'enrayer les progrès du mal et de mettre les femmes définitivement à l'abri des rechutes et récidives, c'est l'*hystérectomie totale* associée ou non à la suppression des annexes, et cela dès que le diagnostic est certain, pourvu, toutefois, que l'état général ne soit pas trop précaire.

Dans les cas très avancés, chez les malades parvenues à la période ultime de leur bacillose viscérale, on fera bien de se contenter de soins palliatifs : grattage et cautérisation du col ulcéré ou fongueux, pansements antiseptiques intra-utérins après dilatation *prudente* de la cavité, injections vaginales répétées plusieurs fois par jour. Enfin, piqûres de morphine pour adoucir les derniers jours de ces malheureuses.

Bibliographie. — DERVAUX (*Thèse de Paris*, 1903). — PETIT-DUTAILLIS (*La Gynécologie*, 1913). — ALESSANDRI (*Il Policlinico*, 1910). — PONCET et LERICHE (*Académie de Médecine*, 1910). — GOROWITZ (*Thèse de Paris*, 1900).

SYPHILIS UTÉRO-ANNEXIELLE

Il est indéniable qu'on a vu des métrorragies rebelles, et ayant résisté à tous les traitements connus, disparaître promptement sous l'influence de la médication spécifique. Les faits de cet ordre sont aujourd'hui trop nombreux pour qu'il soit possible de les considérer comme d'heureuses coïncidences. Et, d'ailleurs, pourquoi la vérole ne se localiserait-elle pas dans l'organe de la gestation ou dans la trompe, comme elle le fait dans une foule d'autres viscères ?

Disons tout de suite que — jusqu'à nouvel ordre — seules les lésions tertiaires donnent naissance à des accidents susceptibles d'intéresser le gynécologiste et le chirurgien (métrorragies, noyaux fibreux, etc.).

Quelles sont ces lésions ? Il faut bien avouer que nous les connaissons d'une manière très imparfaite. On a parlé d'un processus comparable à celui de la métrite parenchymateuse chronique (Cornil), de traînées scléreuses sillonnant les parois de l'organe (Virchow), d'ulcérations intra-utérines occasionnant des pertes fétides et des hémorragies (Morisani), d'ulcérations cervicales à tendances phagédéniques et empiétant sur la muqueuse des culs-de-sac vaginaux (Spinelli), etc. Il faut attendre de nouvelles recherches avant de songer à entreprendre une description méthodique de la maladie, une description basée sur des données réellement scientifiques.

Pour le moment, ce qu'il importe de retenir au point de vue pratique, c'est : 1° que la vérole tertiaire de l'utérus existe, *bien qu'elle soit très rare ;* 2° qu'elle produit des lésions végétantes et ulcéreuses qui rappellent singulièrement celles du cancer épithélial, du moins lorsqu'on les examine à l'œil nu ; 3° que, dans un certain nombre de cas, on a combattu avec succès des métrorragies profuses et tenaces par le traitement antisyphilitique.

Quant à la *syphilis annexielle,* toutes les recherches que nous avons faites dans le but d'étudier son histoire ont échoué de la manière la plus complète. Nous nous conten-

terons de rappeler cette appréciation du professeur Pozzi : « Les faits de *salpingite syphilitique* qu'on a cités ne résistent pas à la critique. »

Bibliographie. — Laffont (*Thèse de Paris*, 1912). — Jouin (*Thèse de Paris*, 1905). — La Torre (*Clinica ost.*, 1904).

HYPERTROPHIE ET ATROPHIE DE L'UTÉRUS

Hypertrophie. — Inutile de revenir sur l'*hypertrophie totale* qui n'est autre chose que le gigantisme de la sclérose.

Quant à l'*hypertrophie partielle*, on lui décrit deux types : le type *sous-vaginal* et le type *sus-vaginal*.



Fig. 212. — Hypertrophie et allongement du col.

La première se caractérise par l'allongement et l'épaississement de tout le museau de tanche ; il s'agit d'une hyperplasie des tissus normaux, sans altération structurale dépendant d'un processus infectieux ou néoplasique.

Dans les formes graves, le col remplit tout le vagin et peut même faire saillie hors de la vulve (*fig.* 212 et 213).

C'est une maladie d'évolution qui se rencontre presque exclusivement chez les jeunes filles ou chez les jeunes femmes nullipares. Le col se présente sous l'aspect d'une *massue*, d'un *battant de cloche*, d'un *museau de lapir* (*col lapiroïde*).

Cette maladie ne cause que de la gêne et met obstacle au coït.

Le seul traitement à conseiller est l'amputation partielle par le procédé de Markwald-Simon.

L'hypertrophie supra-vaginale paraît plus fréquente que le type précédent. C'est la zone cervicale sus-jacente au vagin qui s'allonge, s'épaissit, s'hyperplasie dans tous les sens en repoussant le corps utérin en haut, le museau de

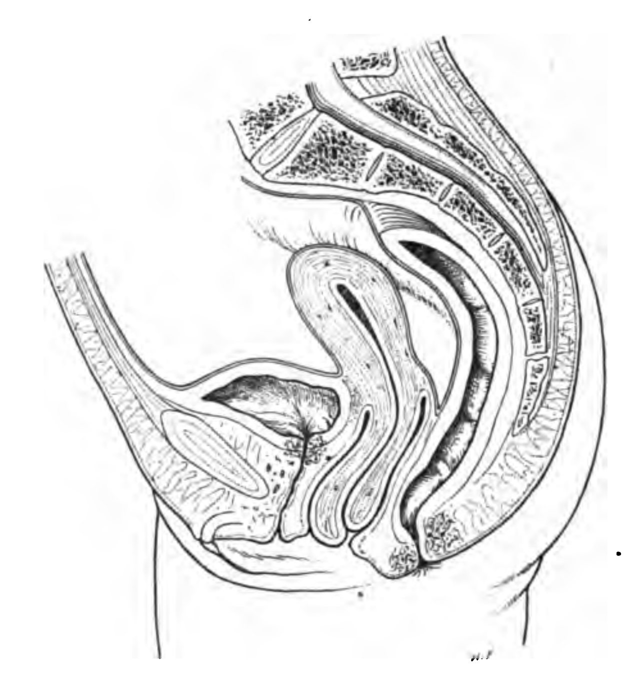


Fig. 213. — Hypertrophie du col.

tanche en bas ; en descendant vers la vulve, celui-ci entraîne ses insertions vaginales et détermine un certain degré de prolapsus.

C'est en se basant sur des faits de ce genre que Huguier a édifié sa pathogénie du prolapsus utéro-vaginal : nous en avons parlé en étudiant cette dernière affection. La théorie de Huguier n'est donc pas fausse ? Certainement non, seulement ce chirurgien a eu le tort grave d'invoquer ce méca-

nisme pour expliquer tous les cas de prolapsus : nous savons aujourd'hui — et il est facile de le démontrer — que la chute de la matrice est très rarement provoquée par cette cause.

La plupart des auteurs placent à l'origine de cette maladie une infection, une métrite parenchymateuse ; cependant CORNIL et DE SINETY n'ont trouvé, dans leurs examens, aucune lésion pouvant attester l'évolution d'un processus microbien. Il est infiniment plus vraisemblable d'admettre que cette hyperplasie hypertrophiante est une modalité de la sclérose utérine.

Traitement : amputation supra-vaginale de SCHROEDER.

Atrophie. — Elle est *congénitale* ou *acquise*.

L'atrophie congénitale de l'utérus coïncide presque toujours avec d'autres troubles de développement : étroitesse du bassin, petitesse du vagin et de la vulve, névropathie, débilité mentale, etc. En somme, la plupart de ces malades sont des dégénérées. Cependant, il n'est pas absolument exceptionnel de découvrir un utérus nain chez des femmes normales à tous les points de vue.

Cette atrophie se présente sous deux formes : 1° l'*utérus pubescent* ou *nain ;* 2° l'*utérus fœtal.* Dans le premier cas, l'organe est très petit, mais bien conformé ; dans le second, on constate que le col est beaucoup plus volumineux que le corps utérin.

L'aménorrhée est un symptôme constant, ou peu s'en faut. Lorsqu'elle existe, la menstruation se réduit à des pertes insignifiantes, intermittentes, pâles, quelquefois accompagnées de crises douloureuses, dysménorrhéiques.

Quant à l'atrophie acquise, elle a été signalée dans des circonstances assez dissemblables : chez les *syphilitiques*, les *tuberculeuses*, après l'*infection puerpérale*, à la suite de *métrorragies graves*, après certains accouchements (elle est alors le résultat d'une *involution déréglée*). Citons aussi l'*atrophie sénile précoce*, qui survient rapidement après l'établissement de la ménopause. Enfin, il y a l'*atrophie artificielle*, qui succède à l'ablation des ovaires ou à l'amputation du col, etc.

L'atrophie congénitale est incurable. L'hydrothérapie, le massage, les toniques, l'électrisation sont des moyens qui ont assez souvent réussi contre l'atrophie acquise.

STÉNOSES ET ATRÉSIES GÉNITALES

Par *sténose cervicale*, il faut entendre l'étroitesse anormale, pathologique de l'orifice externe du col, étroitesse qui gêne l'épanchement des sécrétions hors de la cavité utérine et qui s'oppose plus ou moins complètement à l'introduction de l'hystéromètre.

Les sténoses sont *congénitales* ou *acquises*.

La *sténose congénitale* coïncide avec un col pointu, au sommet duquel se voit un orifice punctiforme, d'une étroitesse excessive, perméable seulement aux bougies filiormes.

L'*atrésie congénitale*, c'est l'oblitération ou plutôt l'absence d'orifice externe au sommet du museau de tanche ; elle est rare et s'observe avec d'autres malformations, telles que l'atrophie du vagin, les cloisonnements de ce canal, etc. Elle donne lieu à des rétentions menstruelles, dont nous nous occuperons plus loin.

La *sténose cervicale acquise* est le résultat d'un *accident :* rétraction cicatricielle consécutive à une déchirure obstétricale, oblitération partielle de l'orifice par une cicatrice exubérante due à une vieille ulcération ; rétrécissement du conduit cervical par un excès de tissu inodulaire, conséquence de cautérisations maladroites, d'une amputation partielle dont les sutures ont longtemps suppuré, etc. En général, c'est à l'orifice externe que siège la sténose, et, au-dessus d'elle, on trouve le canal cervical dilaté et rempli de mucosités.

Dans une communication faite au Congrès de Londres de 1912, M. le professeur Pozzi a insisté avec beaucoup de raison sur les relations qui existent entre la *métrite cervicale* et les *sténoses* de l'orifice externe du col.

Il propose de distinguer deux sortes de sténoses cervi-

cales : 1° la *sténose vraie congénitale* ou *acquise* caractérisée par l'étroitesse effective de l'orifice externe, étroitesse qui peut être extrême et s'opposer à l'introduction des explorateurs les plus faibles ; la conséquence immanquable de cette disposition est la dilatation en *barillet* de la cavité cervicale, l'accumulation du mucus au-dessus de ce rétrécissement ; en cas d'infection, cette « cavité close » devient un foyer où s'exalte la virulence des micro-organismes, d'où l'éclosion d'une *métrite cervicale sténosique vraie*, comme la dénomme M. Pozzi ; 2° la *fausse sténose*, constituée par l'étroitesse *très relative* de l'orifice externe, puisqu'elle permet souvent l'introduction de l'hystéromètre ordinaire ; il y a également dilatation du trajet intra-cervical et rétention du mucus avec toutes les conséquences que nous venons de signaler ; mais la métrite qui en résulte est qualifiée, par M. Pozzi, de *métrite cervicale pseudo-sténosique*.

De ce qui précède on doit conclure que l'introduction, même facile, de l'hystéromètre ne prouve point l'intégrité physiologique de l'orifice du museau de tanche, puisqu'il y a dilatation de la cavité cervicale, et rétention des sécrétions en cette cavité ; en définitive, on se trouve en présence d'un col *fonctionnellement* rétréci, et ce trouble physiologique doit être attribué à un défaut de tonicité de la portion sous-vaginale du col.

Quant au traitement, M. Pozzi estime qu'on doit s'adresser tout d'abord aux méthodes non sanglantes (dilatation progressive, dilatation forcée, drainage) ; en cas d'insuccès — ce qui, malheureusement, n'arrive que trop souvent, — la *stomatoplastie* ou *évidement commissural* s'impose sans aucune hésitation.

L'*atrésie acquise* représente une phase plus avancée de la sténose et succède aux mêmes causes ; mais elle est beaucoup plus rare.

La symptomatologie des sténoses cervicales n'est pas très variée : douleurs au moment des règles, accompagnées,

1. Avec beaucoup de justesse, M. Pozzi compare la pseudo-sténose du col au *rétrécissement large* de l'urèthre compliqué d'uréthrite chronique et d'uréthrorrhée (Albarran, etc.).

chez les jeunes femmes nerveuses, de vomissements, de crises nerveuses, parfois de syncope ; c'est le tableau clinique la *dysménorrhée*. Cependant, il y a des femmes qui souffrent à peine ou pas du tout. Assez souvent la sténose coïncide avec des lésions de métrite cervicale chronique.

Une des conséquences les plus fâcheuses de la sténose cervicale est la *stérilité* à peu près fatale à laquelle ces femmes sont condamnées.

Quant à l'*atrésie complète*, absolue, forme infiniment plus rare qu'on ne croit, elle se caractérise cliniquement par l'arrêt de la menstruation et par un ensemble de troubles dont il sera question plus loin, à propos des rétentions menstruelles.

Traitement. — Contre les formes bénignes de la sténose — surtout acquise — la dilatation rapide sous chloroforme, suivie de nombreuses séances de dilatation lente par les laminaires, sont des moyens qui réussissent souvent ; mais il ne faut pas oublier que la récidive est aussi très fréquente ; on aurait tort de se décourager pour un ou deux échecs. Pour la sténose grave, rebelle à tout, il vaut mieux recourir d'emblée au traitement sanglant, à la *stomatoplastie* (amputation biconique de MARKWALD, *évidement commissural* de POZZI).

Nous verrons plus loin comment il faut traiter les rétentions menstruelles consécutives aux atrésies cervicales. Contre l'*atrésie sénile*, qui se complique parfois de *pyométrie*, on s'adressera d'abord au débridement suivi d'un drainage permanent de la cavité utérine. Dans les formes graves, avec tendance à l'oblitération de tout le trajet intra-utérin, l'hystérectomie vaginale est une ressource à laquelle on ne doit pas craindre de recourir, lorsque les autres moyens ont échoué.

ACCIDENTS DE RÉTENTION MENSTRUELLE

Ces accidents sont la conséquence des atrésies génitales. On en distingue plusieurs types.

Par *hématocolpos*, on entend l'accumulation du sang menstruel dans la cavité vaginale par suite de l'imperforation congénitale de l'hymen ou de l'extrémité inférieure du vagin. Il se produit une véritable tumeur liquide qui distend les parois vaginales et comprime la vessie et le rectum ; à la longue, l'orifice externe du col se trouve forcé et le sang

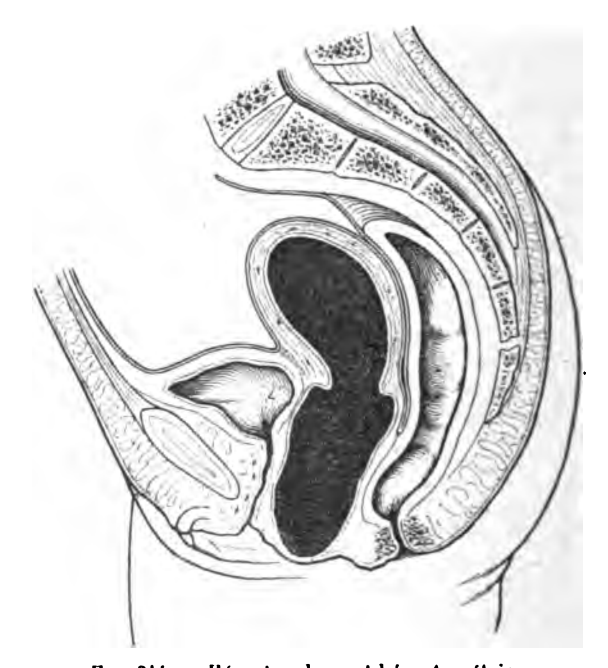


Fig. 214. — Hématocolpos et hématométrie.

remplit la cavité cervicale, ouvre l'orifice interne et pénètre dans la grande cavité de la matrice, en formant ce qu'on appelle une *hématométrie* (*fig.* 214). Enfin, on a vu le sang accumulé, après avoir fortement dilaté la cavité utérine, s'insinuer à travers l'ostium utérinum dans les cavités tubaires, qui sont à leur tour remplies, puis distendues et se transformant en *hématosalpinx* de cause mécanique

(*fig.* 216). Beaucoup plus rarement, l'épanchement sanguin franchit le ***morsus diaboli*** et se répand dans la cavité péritonéale en produisant une ***hématocèle pelvienne*** plus ou moins grave.

L'***hématométrie isolée*** s'observe lorsqu'il y a absence congénitale du vagin ou chez les femmes affligées d'atrésie cer-

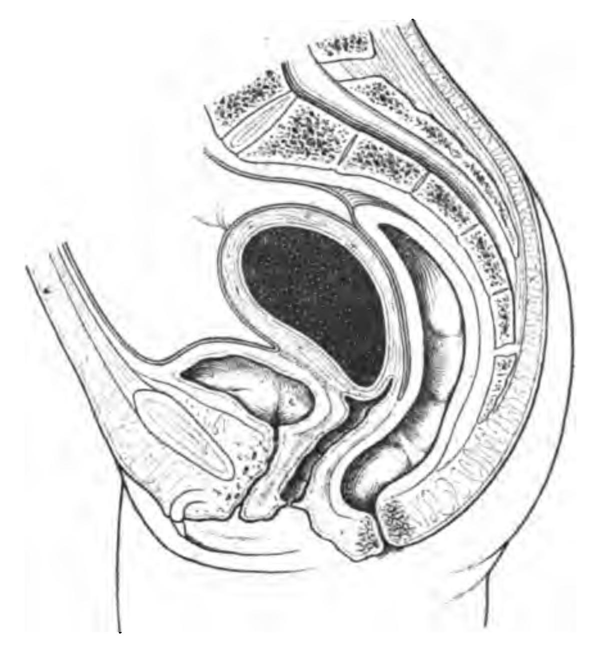


FIG. 215. — Hématométrie.

vicale ; si l'atrésie cervicale siège à l'orifice interne, le sang s'accumule seulement dans la cavité du corps utérin (*fig.* 215).

Cliniquement, l'hématocolpos ordinaire se reconnaît aux symptômes suivants : absence de menstruation, augmentation de volume du ventre, sensations de pesanteur hypogastrique, tiraillements lombaires. Arrive un jour où la situa-

tion devient tout à fait alarmante : crises de coliques utérines, ballonnements et sensibilité extrêmes des parois abdominales, nausées, vomissements, troubles de la miction, constipation absolue, etc. Il suffit d'examiner les organes génitaux pour savoir à quoi s'en tenir sur la cause de l'aménorrhée et des autres accidents.

Le diagnostic de l'*hématométrie* par atrésie cervicale, — surtout si l'oblitération intéresse l'orifice interne du col, — est moins aisé, quelquefois très difficile. Il faut examiner

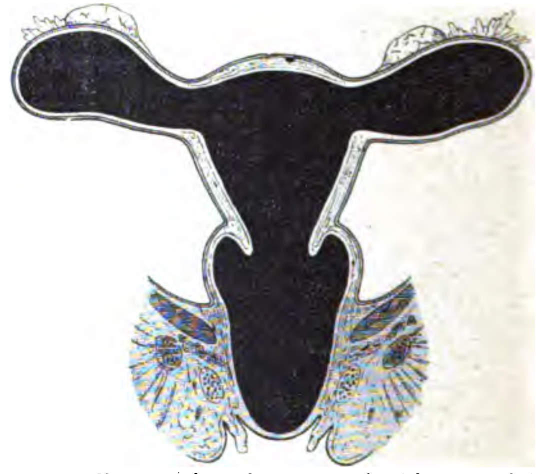


Fig. 216. — Hématocolpos, hématométrie et hématosalpinx.

avec beaucoup de soin et d'attention pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un épanchement intra-utérin.

Les femmes atteintes de rétention menstruelle sont exposées à des complications très sérieuses, si l'on tarde trop à intervenir ; la collection peut s'ouvrir spontanément dans l'intestin, dans l'estomac, dans le péritoine, plus rarement à la vulve ou dans le vagin, lorsqu'il s'agit d'une hématométrie. Dans d'autres cas, l'épanchement s'infecte et se transforme en *pyocolpos* ou *pyométrie*, éventualités redoutables, car elles se terminent ordinairement fort mal ; on a même rapporté des exemples de collections qui se sont décompo-

sées avec production de gaz septiques (*physocolpos*, *physométrie*, etc.).

Le traitement de l'hématocolpos est extrêmement simple : la malade est placée dans la position dorso-sacrée gynécologique : le chloroforme est superflu ; après avoir bien désinfecté la vulve, le chirurgien saisit avec une pince à griffe le sommet de la saillie très convexe formée par le diaphragme hyménéo-vaginal : il en résulte un petit pli vertical qui est excisé d'un coup de ciseaux en produisant un petit orifice elliptique ; on voit immédiatement jaillir un liquide épais, sirupeux, très analogue à du raisiné, liquide qui est projeté avec force jusqu'à une certaine distance de la vulve ; la collection évacuée, on lave la vulve avec de l'eau bouillie et on panse la région avec une compresse de gaze stérilisée appliquée à plat et maintenue par un bandage en T. A ce moment, les irrigations vaginales sont ***inutiles et dangereuses, car elles pourraient provoquer une infection des voies génitales ; il est donc très sage de s'en abstenir.*** Repos au lit pendant huit jours. Quelques chirurgiens conseillent de placer un assez fort drain dans le nouvel orifice pour l'empêcher de se rétrécir : c'est la conduite que nous avons suivie dans deux cas personnels. Jusqu'à ce que les bords de la solution de continuité se soient complètement cicatrisés, on fera bien de protéger la vulve contre les infections venues du dehors en maintenant sur la région un pansement aseptique, qui sera renouvelé plusieurs fois par jour, à cause des mictions. A la condition d'être très propre, cette défloration chirurgicale est d'une bénignité absolue.

Si la rétention est une hématométrie liée à la présence d'une atrésie cervicale, tandis que le vagin est normalement développé, on taillera, au bistouri, un orifice externe qui sera maintenu béant au moyen d'un drain en caoutchouc.

Quant aux rétentions compliquées d'absence congénitale du vagin, à celles qui coïncident avec un vagin rudimentaire réduit à l'état de cordon fibreux, la *création d'un conduit artificiel* s'impose si l'on tient à conserver la matrice et ses annexes ; dans le cas contraire, le seul parti à prendre est de supprimer tous ces organes gênants et dangereux, en recourant à la laparo-hystérectomie.

AMÉNORRHÉE

C'est l'absence de la menstruation, absence indépendante, cela va sans dire, de toute cause mécanique comme une atrésie génitale ou la présence d'un corps étranger, d'une tumeur, qui mettrait obstacle au libre épanchement des règles.

L'aménorrhée est quelquefois — rarement — *primitive*, et, comme exemples de cette forme, on peut citer le cas de certaines femmes qui n'ont jamais été réglées, les unes à cause de l'imperfection manifeste de leur appareil utéro-annexiel ; les autres — les moins nombreuses — malgré l'intégrité apparente de leurs organes génitaux.

L'absence de l'écoulement menstruel résume toute la symptomatologie de l'infirmité que nous dénommons *aménorrhée essentielle*, *primitive*. Quant au traitement, il est encore à trouver.

L'aménorrhée *secondaire*, *symptomatique*, bien plus fréquente que le type précédent, s'observe dans des circonstances très diverses et souvent disparates ; ainsi, elle a été signalée au cours des *maladies cachectisantes*, telles que la tuberculose, la syphilis, le mal de Bright ; au déclin et pendant la convalescence des *grandes pyrexies :* fièvre typhoïde, infection puerpérale, ostéomyélite, appendicite aiguë, phlegmons pelviens ; assez souvent, on a noté la disparition de la menstruation chez les *hystériques*, les *épileptiques*, etc. Enfin, il ne faut pas oublier que la suspension des règles est un symptôme physiologique qui annonce l'établissement d'une grossesse.

Depuis une vingtaine d'années, on doit tenir compte d'un autre type d'aménorrhée : celle qui s'installe à la suite de l'ovariectomie double et de la castration totale, utéro-annexielle.

En terminant, citons encore la cessation de la menstruation occasionnée par la présence d'un néoplasme de l'utérus, de l'ovaire ou de la trompe.

Avant d'aller plus loin, insistons sur ce point capital, à savoir que, dans l'immense majorité des cas, l'*aménorrhée symptomatique* est un trouble passager, bien que sa durée soit extrêmement variable ; nous en exceptons, cela va sans dire, l'aménorrhée d'origine opératoire.

Les manifestations cliniques de l'aménorrhée secondaire sont très diverses. En général, ce sont les *phénomènes congestifs* qui prédominent : bouffées de chaleur au visage, poussées de rougeurs subites intenses ; sans motif compréhensible, la malade rougit « jusque dans le blanc des yeux », ses tempes battent, son front se couvre de sueur, puis tout cesse brusquement. La fréquence de ces accès varie nécessairement avec les sujets qui en sont atteintes. Ainsi, au lieu de ces « montées de chaleur », quelques aménorrhéiques ont des *hémorragies supplémentaires :* épistaxis, hémoptysies, éruptions purpuriques, etc. ; d'autres sont atteintes de *troubles nerveux* et *psychiques :* perte ou affaiblissement de la mémoire, diminution de l'acuité visuelle, auditive ; neurasthénie grave, lypémanie, etc. C'est principalement chez les *ovariectomisées* et les *hystérectomisées* que les auteurs ont signalé ces *psychoses*, et, à l'ensemble des troubles qui succèdent à la castration complète — ou même incomplète — bouffées de chaleur, sueurs, modifications du caractère, frigidité génitale, etc., on a donné le nom de *phénomènes de la ménopause anticipée*, *troubles pseudo-climatériques*, etc.

Comme il arrive toujours en pareilles circonstances, on ne manqua pas d'écrire de gros mémoires pour mettre malades et praticiens en garde contre les méfaits de l'ovariectomie ! Quelques esprits trop prompts à conclure proclamèrent qu'il était urgent de renoncer à ces cures trop radicales qui occasionnaient des désordres infiniment plus graves que les troubles qui avaient commandé l'intervention : en un mot, une foule de personnes étaient persuadées que le remède était pire que le mal !

Le temps, la réflexion et un examen plus sérieux des cas incriminés ont fait promptement justice de ces dangereuses et absurdes légendes. Grâce aux enquêtes entreprises, tant en France qu'à l'étranger, en vue de débrouiller la question et de mettre les choses au point, nous sommes, aujourd'hui,

en mesure d'affirmer : 1° que les formes graves de la ménopause artificielle post-opératoire sont très rares et concernent presque toujours des névropathes avérées, des sujets affligés d'un passé morbide extrêmement chargé ; 2° que, dans ces formes graves, les troubles nerveux et les troubles psychiques avaient débuté *plusieurs années avant* la castration ; 3° que, dans la grande majorité des cas, les symptômes pseudo-climatériques — nous entendons par là ceux qui n'existaient pas avant l'opération — ont, comme la ménopause normale elle-même, une *durée éphémère*, qu'ils s'atténuent progressivement, puis disparaissent au bout d'un laps de temps variable, mais qui se prolonge bien rarement au delà d'une année ; 4° que, la crise pseudo-ménopausique passée, les opérées — sauf de rares exceptions — se montrent très satisfaites du résultat de l'intervention, laquelle a consisté dans la suppression d'organes profondément altérés, causes de souffrances continuelles et source possible de redoutables complications.

Pour en revenir à l'aménorrhée symptomatique des affections anémiantes et des pyrexies fébriles, nous devons rappeler qu'elle signifie : affaiblissement grave de l'organisme, altération profonde de la santé générale ; elle constitue donc un précieux indice pour guider le praticien dans le choix du traitement.

Il est temps d'en parler. Avant tout, on se fondera sur l'*étiologie*. Nous ne dirons rien des soins à donner aux chloro-anémiques, aux syphilitiques, tuberculeuses, etc. ; en traitant la cause, on finira par avoir raison du symptôme.

Si l'aménorrhée dépend d'une affection utérine, tubaire, ovarienne, il suffira d'appliquer à chaque lésion le traitement qui lui convient.

Quelle conduite tenir contre l'aménorrhée *post-castrationem ?* L'*opothérapie ovarienne* compte encore des partisans ; c'est une médication, en tout cas, inoffensive ; nous pensons qu'il n'y a aucun inconvénient à l'essayer.

La meilleure manière de soulager ces malades, en attendant la régression spontanée des accidents, c'est de recourir à une thérapeutique purement symptomatique : saignées locales, pointes de feu à l'hypogastre, laxatifs, douches va-

ginales chaudes, bains de siège : voilà ce qui conviendra surtout aux femmes sujettes aux poussées congestives ; aux nerveuses, aux excitées, on prescrira la valériane à haute dose, le bromure, le trional, etc. Mais, quels que soient les troubles accusés par les malades, c'est le cas ou jamais de conseiller les *cures hydro-minérales :* Luxeuil, Néris, Bourbonne, Marienbad, Kreuznach, Châtel-Guyon, etc., feront merveille.

DYSMÉNORRHÉE

Il n'est pas très simple de donner une idée précise de ce que l'on doit entendre par dysménorrhée. Le mot veut dire menstruation difficile, laborieuse, et, par là, il nous avertit qu'il s'agit d'un symptôme et nullement d'une entité morbide nettement différenciée.

Quelles sont les causes de cette menstruation difficile ? Quel est son substratum anatomique, et, avant tout, en quoi consiste ce symptôme ?

La crise dysménorrhéique se caractérise par l'exagération morbide des symptômes fonctionnels qui accompagnent les règles (coliques utérines intenses, parfois atroces, nausées, vomissements, attaques de nerfs, syncopes, céphalées, crises hystériformes).

Le flux menstruel peut ne présenter rien d'anormal, tant au point de vue de son abondance qu'à celui de ses caractères physiques ; beaucoup plus souvent, il y a de véritables ménorragies, ou, au contraire, des pertes absolument insignifiantes. Dans un grand nombre de cas, les phénomènes douloureux se manifestent en même temps que le flux cataménial, ou bien les coliques éclatent deux ou trois jours avant l'apparition du sang, pour s'atténuer ensuite, dès que l'écoulement est constitué, ou pour persister avec la même intensité jusqu'à la fin de la période ; à ce point de vue, il n'y a pas d'affection plus capricieuse, plus inégale, plus irrégulière dans ses manifestations cliniques.

Enfin, il y a des dysménorrhéiques qui méritent une men-

tion spéciale, à cause de la particularité suivante : **dans le sang** menstruel, on trouve des lambeaux membraneux, très variables quant à leurs dimensions et à leur abondance, et qui ne sont autre chose que des fragments de la muqueuse utérine qui s'exfolie partiellement ou en totalité, pour se régénérer ensuite : c'est la *dysménorrhée membraneuse* ou *pseudo-membraneuse* depuis longtemps signalée dans les traités classiques, et que certains auteurs considèrent aujourd'hui comme un type particulier d'endométrite infectieuse, l'*endométrite exfoliante*. Quelle est la cause de ce curieux phénomène ? S'agit-il réellement d'un processus microbien, ou bien ne faut-il y voir que le résultat d'une simple perturbation fonctionnelle ? On n'est pas près de s'entendre sur ce sujet. Pour le professeur Pozzi, « la dysménorrhée membraneuse serait une métrite chronique avec poussées de métrite aiguë et desquamation inflammatoire de la muqueuse au moment des règles ». D'autres admettent, avec M. Richelot, que cette exfoliation de l'endomètre caractérise une forme particulière de la sclérose utérine, et ce qui le prouverait, ce sont : la structure hyperplastique de la muqueuse exfoliée, la contraction violente et douloureuse qui l'expulse, le tempérament nerveux prononcé de toutes ces femmes, la ténacité et la prolongation indéfinie de cette affection rebelle à tous les traitements, au curettage, etc. Il va sans dire que la dysménorrhée membraneuse peut coexister avec une infection de l'endomètre ; mais ce sont les types purs qui ont servi de modèle à la description de M. Richelot.

Ne pouvant rien affirmer de positif quant aux causes réelles de la dysménorrhée — membraneuse et non membraneuse — nous nous contenterons de faire remarquer qu'elle se rencontre dans des conditions pathologiques assez disparates : *sténoses du col*, *rétroflexions utérines*, *obstacles* apportés au libre épanchement des règles par un *néoplasme*. D'une autre part, on est bien forcé de convenir qu'elle existe fréquemment chez les femmes atteintes d'*ovaires scléro-kystiques*, de *sclérose utérine* primitive, etc.

En d'autres termes, toutes les fois que le flux menstruel est gêné dans son libre écoulement, il occasionne les troubles fonctionnel que nous venons de signaler, et à l'ensemble

desquels on a donné le nom de *dysménorrhée*, de *troubles dysménorrhéiques :* telle est l'explication pathogénique la plus généralement admise ; la dysménorrhée aurait donc une origine purement mécanique. Mais alors comment expliquer son existence chez des femmes dont l'utérus n'est le siège d'aucune flexion, d'aucun néoplasme, chez celles dont le col n'offre aucun degré de sténose ? Comment interpréter sa fréquence dans les cas d'ovaires scléro-kystiques, de gros utérus scléreux ? Il faudrait donc établir une distinction essentielle entre la dysménorrhée mécanique et la dysménorrhée non mécanique ? Et, dans ce dernier type, quelle serait l'origine de la douleur, des ménorragies, des troubles nerveux ? M. RICHELOT a simplifié la question en n'admettant qu'un seul type de dysménorrhée, celle qui est fonction de sclérose utéro-ovarienne ; de sorte que, chez les femmes affligées de cette infirmité, l'existence d'une sténose cervicale, et celle d'une rétroflexion de la matrice seraient de pures coïncidences, mais des coïncidences susceptibles d'aggraver les troubles fonctionnels, l'éréthysme nerveux, etc.

Traitement. — Pendant la crise : repos absolu au lit, dans le décubitus dorsal ; applications glacées ou très chaudes sur l'abdomen, suppositoires calmants, injections vaginales et rectales très chaudes.

La crise dissipée, il s'agit de s'attaquer à la cause : c'est alors que la question devient épineuse, car, comme nous l'avons vu, cette cause n'est pas toujours identique.

En dilatant un col sténosé, en redressant une matrice rétrofléchie, on réussit quelquefois à délivrer les malades de leurs souffrances ; mais il faut compter aussi avec les exceptions, et ici elles ne sont rien moins que rares.

On peut en dire autant de la castration ovarienne bilatérale : l'opération de BATTEY procure quelquefois des guérisons radicales, mais il lui arrive aussi d'échouer complètement ou de ne fournir que des résultats insuffisants, et on doit à la vérité de reconnaître que les opérées guéries sont loin de constituer une majorité imposante.

Vu l'inconstance des résultats fournis par l'intervention sanglante, il nous semble beaucoup plus sage de commencer

le traitement par les procédés de douceur : combattre la congestion pelvienne et la constipation, imposer une hygiène alimentaire sévère, recourir à l'hydrothérapie toutes les fois que la chose est possible, faire de la révulsion locale : pointes de feu, vésicatoires volants, émissions sanguines, etc. ; enfin, on n'oubliera pas que les *cures hydro-minérales* (métrite, cancer, fibromes, etc.), ont procuré les guérisons et les améliorations les plus durables. Lorsque tout a échoué, l'intervention sanglante retrouve ses droits.

LEUCORRHÉE

On désigne ainsi un écoulement non hémorragique, blanchâtre, qui se produit par le vagin et la vulve, dans des conditions plus ou moins bien déterminées. On la désigne encore sous le nom de *perles blanches*, *flueurs blanches*.

La leucorrhée est *idiopathique* ou *symptomatique*.

La leucorrhée symptomatique est secondaire à une foule d'affections fort disparates ; nous avons eu l'occasion de l'étudier en même temps que les affections dont elle est un symptôme plus ou moins caractéristique ; il serait superflu d'y revenir (Cancer, métrite, etc.).

Leucorrhée idiopathique ou primitive. — Elle est en quelque sorte l'exagération des sécrétions génitales normales.

Elle se présente sous l'aspect d'un écoulement blanchâtre ou blanc jaunâtre, laiteux, peu homogène, tachant légèrement le linge, d'une odeur fade.

Rien de plus variable que l'abondance de ces pertes ; ainsi, chez certaines femmes, elles n'attirent l'attention qu'au cours de la période menstruelle, deux ou trois jours avant et deux ou trois jours après la décharge sanguine ; dans l'intervalle compris entre ces deux périodes, la leucorrhée est tellement minime qu'elle passe inaperçue ; en réalité, elle existe, mais elle constitue un phénomène absolument normal.

Dans d'autres cas, au contraire, ces pertes coulent avec une telle profusion qu'elles forcent les femmes à se garnir comme elles le font d'habitude pour leurs règles. Entre ces deux types extrêmes, on rencontre, cela va sans dire, tous les intermédiaires.

Quelle est la source de cette leucorrhée? Il est vraisemblable que toutes les parties de l'appareil génital contribuent à la produire ; il n'en est pas moins admis que la muqueuse vaginale joue le principal rôle dans la genèse de ces sécrétions.

Examiné au microscope, le liquide leucorrhéique révèle la présence de cellules plates du vagin, de cellules cylindriques de la muqueuse utérine, des lymphocytes, de très rares hématies ; il n'y a ni pus, ni éléments polynucléaires, ce qui établit bien que cette leucorrhée n'a rien à voir avec une infection. Quant aux microorganismes, les seuls qu'on rencontre dans la leucorrhée idiopathique sont des streptobacilles, des filaments, des bacilles pseudodiphtériques, etc.

Nous venons de voir que les sécrétions génitales normales s'exagéraient au moment des règles, même chez les femmes les plus robustes ; de même elles augmentent d'abondance à la suite de fatigues physiques ou intellectuelles, sous l'influence d'excitations génitales, de troubles gastro-intestinaux, etc., etc. Enfin, tout le monde sait que les pertes blanches s'accentuent pendant la convalescence des pyrexies aiguës et dans la plupart des affections chroniques, et cela en dehors de toute altération appréciable des organes génitaux, chez les chloro-anémiques, les tuberculeuses, les cachectiques, etc., etc., bref, toutes les fois que la santé générale est plus ou moins sérieusement compromise.

Rappelons, enfin, qu'il y a lieu de tenir compte des prédispositions individuelles, que les pertes blanches sont plus fréquentes et plus abondantes chez les femmes blondes ou rousses que chez les femmes brunes, très fréquentes chez les neuro-arthritiques, les lymphatiques, etc.

En revanche, par elle-même, la leucorrhée primitive n'exerce aucune influence sur la santé générale, elle ne détermine aucun trouble du côté des organes génitaux, etc.

Chez les personnes très soigneuses, la leucorrhée, quelle

que soit son abondance, ne provoque que fort rarement des irritations locales, des lésions éruptives, au niveau de la vulve ou du périnée ; nous n'en dirons pas autant des femmes malpropres : chez celles-ci les pertes blanches s'accompagnent souvent d'un prurit plus ou moins intense, qui porte les malades à se gratter sans ménagements, d'où la production de coups d'ongles qui sont autant de portes d'entrée pour les inoculations secondaires et comme conséquences à peu près inévitables, des vulvo-vaginites, des éruptions intertrigineuses, de l'eczéma, de l'impétigo, des adénites, etc.

Le traitement de la leucorrhée est général et local. Pour remonter l'état général, on prescrira le repos, le séjour au grand air, en pleine campagne ou au bord de la mer, les cures thermales sont aussi très utiles (*Orezza*, *La Bourboule*, *Forges*, etc.) ; enfin les médicaments toniques (fer, arsenic) sont également indiqués.

Quant au traitement local, la première indication à remplir est d'observer *la propreté la plus minutieuse ;* on songera ensuite aux applications locales astringentes : sur la vulve, compresses de mousseline imbibée d'extrait de saturne étendu d'eau (1 cuillerée à café pour 1 litre d'eau bouillie) ou d'une décoction de feuilles de ronces.

Les injections vaginales astringentes rendent aussi de grands services (1 litre d'eau bouillie chaude additionnée de 1 cuillerée à café d'alun ou de tannin) ; mais on fera bien de ne pas abuser de ces irrigations ; une seule par jour suffit généralement.

En présence des formes rebelles, pansez la cavité vaginale avec des lanières de gaze stérilisée imbibée de glycérine au tannin ou à l'ichthyol (1 gramme pour 30 grammes) ; on fera bien aussi d'interposer entre les replis de la vulve des mèches de gaze trempées dans la même préparation.

ANOMALIES DE LA MENSTRUATION

Des auteurs dignes de foi ont rapporté plusieurs exemples de fillettes qui avaient été réglées dès l'âge de trois ans, cinq ans, sept ans, et, chose digne de remarque, la **précocité de la menstruation** avait coïncidé, chez elles, avec l'épanouissement normal des organes génitaux et des seins.

Rhumb aurait observé un cas de menstruation, ou mieux de saignement génital, chez un bébé âgé de quelques jours seulement ; il nous semble qu'on doit considérer cet accident plutôt comme un fait tératologique que comme un cas de menstruation prématurée.

Nous connaissons aussi plusieurs exemples de filles devenues enceintes à l'âge de sept ans, de douze ans, etc., et ces filles appartenaient, cela va sans dire, à la race blanche, car, chez les indiennes, la maternité qui survient à huit ans, à dix ans, à douze ans, n'est nullement considérée comme un phénomène anormal.

Les exemples de **menstruations tardives** sont beaucoup plus fréquents : on ne compte plus les jeunes filles ayant atteint leur quinzième, seizième, dix-huitième année sans avoir encore eu leurs règles. Mais le cas signalé par Marx est tout à fait exceptionnel : une femme réglée pour la première fois à l'âge de quarante-huit ans !

Ménopause. — On sait que la ménopause s'installe normalement entre quarante-huit et cinquante ans, bien que les cas de cessation des règles à quarante-cinq ans, quarante-six ans, cinquante-deux ans, soient assez communs.

Quelques auteurs ont publié des observations dans lesquelles il est question de ménopauses qui se sont fait attendre jusqu'à cinquante-six ans, cinquante-huit ans ; d'autres écrivains ont signalé des femmes qui ont eu leur retour d'âge à trente-sept ans, et même à trente-six ans.

Ménopause artificielle. — On désigne ainsi la cessa-

tion prématurée des règles consécutives à la suppression chirurgicale des ovaires (*ovariectomie bilatérale*).

Pourtant la persistance de la menstruation chez les ovariectomisées a été signalée par un grand nombre d'auteurs dont la véracité ne saurait être mise en doute. On a donné de ce phénomène des explications peu satisfaisantes : pour les uns il s'agit d'un écoulement menstruel d'*ordre réflexe*, caractérisé par des pertes très discrètes et d'une durée très éphémère ; d'autres ont montré, avec preuves à l'appui, que la continuation des règles était due à une castration imparfaite, à la présence d'un petit fragment ovarien ayant échappé à l'étreinte du clamp ou de la ligature. Quoi qu'il en soit, on possède aujourd'hui plus d'un exemple de persistance de la menstruation chez des opérées très soigneusement ovariectomisées : l'observation récemment publiée par Palmer Findley en est une nouvelle preuve. Il s'agit d'une femme ayant subi la castration bilatérale et qui continuait d'être réglée tous les 28 jours ; au bout d'un an et demi, à l'occasion d'une nouvelle laparotomie faite en vue de détruire des adhérences, on ne réussit à découvrir aucune trace de tissu ovarien, malgré les recherches les plus minutieuses ; sept mois se sont écoulés depuis cette deuxième intervention, et la malade continue de « voir » régulièrement tous les 28 jours (*Medical Record*, 1912).

On sait que la ménopause artificielle se caractérise cliniquement par un ensemble de troubles qui rappellent d'une manière frappante ceux qu'on observe à l'occasion du retour d'âge physiologique, avec cette différence que les symptômes de la première sont beaucoup plus accusés, du moins dans la majorité des cas (bouffées de chaleur au visage, excitation nerveuse, douleurs hypogastriques avec irradiations lombaires, troubles digestifs, etc.). Tous ces phénomènes éclatent quelques mois après l'opération qui a privé la femme de ses organes génitaux ; mais rien de plus variable que leur durée et leur mode d'évolution ; en tous cas, ils ne sont jamais définitifs. De même, rien de plus variable que l'action exercée par le traitement (opothérapie ovarienne, hydrothérapie, cures thermales, valériane, bromure, etc.) ; ainsi, à côté de malades qu'il est très facile de soulager, il en

est d'autres dont les troubles persistent — bien qu'atténués — pendant des mois et même des années.

C'est dans le but de prévenir ou tout au moins d'atténuer l'explosion de ces troubles dits *climatériques* — rarement graves, mais presque toujours pénibles — que les gynécologues se sont tracé comme règle de conduite la nécessité de conserver un ovaire ou un fragment d'ovaire, si minime soit-il, sauf dans les cas où la suppression radicale des organes génitaux constitue une garantie contre la récidive des néoplasmes malins.

MÉNORRAGIES

C'est l'exagération, plus ou moins accusée, du flux menstruel normal.

Dans un grand nombre de cas, l'exagération des règles est un symptôme commun à une foule de maladies, les unes locales, les autres d'ordre général. Parmi les causes locales, nous avons déjà parlé du cancer, du fibro-myome, de la sclérose utérine constituée : nous n'avons pas y revenir. Quant aux causes générales, les plus fréquentes sont le purpura, l'hémophilie, le mal de BRIGHT, les infections généralisées graves, etc. L'histoire de ces ménorragies fait partie de l'étude de la maladie causale.

Quant aux *ménorragies primitives*, nous les dénommons ainsi parce que nous sommes fort mal renseignés sur les causes qui les provoquent ; il est vraisemblable que la plupart d'entre elles relèvent de la manière d'être de la femme et ont leur origine dans un trouble de l'innervation vasomotrice ; n'est-il pas superflu d'ajouter que la menstruation profuse *sine materia* est l'apanage des neuro-arthritiques ?

Pour ce qui est du traitement, il va sans dire que c'est à la cause qu'il faut s'attaquer, ce qui n'implique pas que les soins dirigés contre le symptôme lui-même soient inutiles. Cette question a déjà été traitée à plusieurs reprises à propos du fibrome, de la sclérose, etc. ; en reparler à nouveau serait

tomber dans d'inutiles redites (repos au lit, laxatifs, douches vaginales chaudes, hydrothérapie, cures thermales, etc., etc.).

MÉTRORRAGIES

Une métrorragie est une hémorragie utérine qui se produit en dehors des périodes menstruelles.

La métrorragie constitue donc un symptôme commun à une foule d'affections utéro-annexielles, et son histoire est inséparable de celle des lésions qui la provoquent, c'est-à-dire du cancer, du fibrome, des métrites, des déviations, etc.

Le traitement des métrorragies varie nécessairement suivant la cause provocatrice ; il est cependant possible de formuler quelques indications générales.

La première indication à remplir chez une femme qui « perd » est de prescrire le *repos* absolu et l'*immobilité* dans le décubitus dorsal ; dans bien des cas, il suffit de coucher la malade pour faire cesser l'écoulement ; mais celui-ci se reproduit à peu près immanquablement dès que la femme renonce au repos.

Les *injections vaginales très chaudes prolongées* constituent la deuxième indication capitale ; ces injections doivent être administrées à la malade *couchée*, et à une *température aussi élevée que possible ;* il y a des femmes qui supportent facilement des irrigations à 45° et même 50°, mais elles représentent l'exception ; en général, on ne peut pas dépasser 40 à 42°. Quant à la nature du liquide employé, on peut s'en tenir à l'eau simplement bouillie, ou bien recourir à l'eau additionnée d'*eau oxygénée* au quart ou au tiers ; quelques chirurgiens recommandent les injections de *gélatine*[1] (500 à 600 grammes d'une solution de gélatine à 10 p. 100) pour

1. Quelques auteurs soutiennent que la gélatine, employée en injections vaginales ou intra-utérines, peut être la source d'accidents fort graves; ils rappellent que cette substance est un milieu de culture très favorable au développement des microorganismes qui pullulent dans le canal génital de la femme.

triompher de certaines métrorragies graves, qui ont résisté à l'action des autres liquides [1].

D'après quelques auteurs, les *irrigations rectales* d'eau bouillie très chaude seraient souvent indiquées chez les femmes vierges et rendraient de grands services.

L'ingestion, par la voie buccale, de médicaments hémostatiques est en général peu efficace, mais il faut en excepter l'*extrait fluide d'hydrastis canadensis* (X à L gouttes en vingt-quatre heures) ; associée au repos et aux irrigations chaudes, cette préparation est souvent très active.

On ne saurait trop vanter les injections hypodermiques massives de *sérum artificiel* ou *physiologique* (500 grammes à 1.000 grammes), que l'on peut remplacer, dans les cas graves, par les *injections intra-veineuses*, beaucoup plus efficaces ; il agit à la fois comme hémostatique, hématopoiétique et tonique. On doit mentionner également le *sérum de certains animaux* comme le *bœuf* ou le *cheval*[2], dont les propriétés hémostatiques seraient supérieures à celles du sérum artificiel ordinaire ; signalons enfin le *sérum gélatiné* à la dose de 20 à 50 centimètres cubes et au titre de 1/50 à 1/20.

N'oublions pas non plus le *chlorure de calcium fondu*, que l'on administre par la voie buccale, en potion, à la dose de 2 à 6 grammes en vingt-quatre heures.

Enfin, en présence de certaines métrorragies rebelles, on fera bien de songer à la possibilité d'une lésion syphilitique ; dans ces cas, les préparations mercurielles, l'iodure de potassium peuvent procurer des guérisons absolument inespérées.

1. D'après certains gynécologues, les *injections intra-utérines très chaudes* agiraient beaucoup plus vite que les autres; mais il n'est pas toujours possible de recourir à ce moyen, tant à cause de la répugnance manifestée par les malades que parce qu'il n'est pas souvent facile d'introduire une sonde dans la cavité utérine non préalablement dilatée.

2. Le sérum de ces animaux n'est pas toujours inoffensif; il nous suffira de rappeler les phénomènes réactionnels signalés après l'usage de l'*hémostyl*.

GROSSESSE ET TUMEURS PELVIENNES

Trois cas peuvent se présenter, suivant que la grossesse coexiste : 1° avec un épithélioma du col ou du corps de l'utérus ; 2° avec des corps fibreux utérins ; 3° avec des néoplasmes tubo-ovariens.

GROSSESSE ET CANCER DE L'UTÉRUS

Naguère encore fort mal connue, l'histoire de cette redoutable association a, dans le courant de ces dernières années, suscité quelques travaux intéressants, desquels il semble résulter que le cancer qui évolue aux dépens d'un utérus gravide ne doit plus être considéré, au moins dans un certain nombre de cas, comme une affection au-dessus des ressources de la chirurgie.

Malheureusement, les observations recueillies jusqu'à ce jour ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on ait le droit de formuler des conclusions très fermes ; cela revient à dire que chirurgiens et accoucheurs ne sont pas encore pleinement d'accord sur les deux points essentiels suivants : 1° la date de l'opportunité opératoire ; 2° le choix du procédé à appliquer pour obtenir les résultats les plus concluants.

Avant d'aller plus loin, il faut retenir que, contrairement à l'opinion classique : 1° la grossesse n'abrège pas fatalement la durée de l'épithélioma ; 2° que celle-ci se trouve quelquefois prolongée au delà de son terme normal ; 3° que l'accouchement à terme et sans incidents graves n'est pas exceptionnellement rare chez les femmes atteintes de cancer avéré de la matrice (Voyez *Discussion à la Société d'obst., de gyn. et de pédiâtrie*, 1901, janvier, février). Telle est, du moins, l'opinion soutenue par le professeur PINARD et partagée par MM. VARNIER, POZZI, CHAMPETIER DE RIBES, etc.

Quelle conduite tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de cancer cervical ? Il y a lieu de distinguer plusieurs cas. S'agit-il d'une tumeur positivement inopérable ? Tout le monde est d'accord pour conseiller l'abstention, ce qui permettra : 1° à la grossesse de se rapprocher le plus possible de son terme normal ; 2° au chirurgien d'extraire un fœtus vivant et viable. Il est évident que, dans ces conditions, l'intérêt de l'enfant doit passer avant celui de la mère, qui, quoi qu'on fasse, est irrémédiablement perdue.

Mais, si le néoplasme est opérable, s'il y a lieu d'espérer, pour la mère, une survie post-opératoire très prolongée, à quel parti convient-il de s'arrêter ? Est-il juste de sacrifier encore l'intérêt de la mère à celui de l'enfant ? Ici l'accord cesse de régner parmi les auteurs. Avec LANDAU, HOFMEIER, KALTENBACH, etc., la plupart des chirurgiens recommandent l'intervention sans délai et sans hésitation, car ils estiment que le salut de la femme doit passer avant toute autre considération, et non seulement le salut, mais même la possibilité, l'espoir de lui conférer une survie plus ou moins prolongée.

Tel n'est pas l'avis de MM. PINARD, VARNIER, CHAMPETIER, etc. ; à leurs yeux, la survie que procure l'intervention ne saurait entrer en ligne de compte avec la certitude d'amener au monde un enfant vivant, viable, bien constitué. « Une femme enceinte et cancéreuse est une femme perdue, disait BOUILLY, et la conduite à tenir, c'est l'abandon de la mère en faveur de l'enfant. » — « Pendant la grossesse, dit le professeur PINARD, quel que soit l'âge de celle-ci, l'expectative doit être la règle ; pendant le travail, si toutes les périodes s'accomplissent normalement, il faut laisser la patiente accoucher spontanément ; si la dilatation est entravée par l'induration des tissus, il faut éviter les débridements et les déchirures, procéder tout de suite à une laparotomie et ouvrir la matrice pour en extraire le fœtus ; on peut, suivant la gravité, l'inopérabilité des lésions utérines, borner à cela l'intervention sanglante, ou terminer la séance par une hystérectomie abdominale totale, comme il en sera question plus loin. »

En ce qui concerne notre sentiment personnel, la ligne de

conduite indiquée par MM. PINARD, VARNIER, CHAMPETIER DE RIBES, etc., nous paraît beaucoup trop exclusive pour mériter d'être imitée.

L'intervention sanglante étant décidée, il reste à choisir le procédé opératoire le plus avantageux à tous les points de vue. Comme il fallait s'y attendre, les laparotomistes et les partisans de la voie basse n'ont pas manqué de faire valoir leurs arguments habituels en faveur de leurs techniques favorites ; ces arguments nous les connaissons bien pour les avoir étudiés à propos des corps fibreux et à propos de l'épithélioma utérin ; il serait vraiment fastidieux d'y revenir.

Pendant les trois premiers mois, la voie vaginale est recommandée par beaucoup de chirurgiens parmi lesquels figurent LANDAU, KALTENBACH, THEILHABER, etc. Mais, à partir du quatrième mois, et à plus forte raison si l'on est appelé à agir au moment du travail, c'est la voie abdominale qui mérite la préférence : telle est, du moins, la manière de voir de la majorité des chirurgiens.

En France, les opinions étaient, naguère encore, assez flottantes, indécises ; il n'en est pas moins vrai que c'est la laparotomie, qui, depuis quelques années, est en train de réunir la majorité des suffrages ; et il est de fait, qu'à partir du quatrième mois, il y a tout avantage à aborder l'utérus cancéreux et gravide par la voie sus-pubienne.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que personne ne songe plus à commander l'opération de PORRO, quitte à extirper en un second temps le segment infiltré par le néoplasme : en agissant ainsi, on risque de souiller le péritoine avec la plus grande facilité. C'est avec raison que tous les laparotomistes préfèrent recourir d'emblée à l'***hystérectomie abdominale totale***.

En terminant, nous devons une mention particulière à la *césarienne vaginale*, qui a donné des résultats remarquables entre les mains de M. DUHRSSEN, en Allemagne, et de M. ACCONCI, en Italie. Voici, en deux mots, en quoi consiste cette opération : ouverture du cul-de-sac de DOUGLAS, décollement de la vessie, de manière à libérer le segment inférieur de l'utérus ; on débride alors le col par deux grandes incisions

médianes, une antérieure et une postérieure ; on obtient ainsi une vaste brèche, à travers laquelle on extrait sans difficulté le fœtus et le placenta ; on termine la séance par une colpo-hystérectomie totale.

D'après MM. Duhrssen et Acconci, la césarienne vaginale serait applicable à tous les cas et à toutes les phases de la grossesse [1].

GROSSESSE ET FIBROMES

Quoi qu'en disent certains auteurs, il est maintenant bien établi que les corps fibreux sont une cause réelle de stérilité ; mais il convient d'ajouter que cette fâcheuse conséquence de la fibromatose utérine ne s'observe pas avec une égale fréquence dans toutes les variétés de fibro-myomes : à ce point de vue, ce sont les tumeurs interstitielles et surtout les corps fibreux sousmuqueux, les polypes, qu'il faut incriminer.

Quoi qu'il en soit, chez une femme enceinte atteinte d'une ou de plusieurs tumeurs fibreuses, les deux processus ne peuvent poursuivre leur évolution sans exercer l'un sur l'autre une influence plus ou moins puissante, comme nous allons le voir.

Influence de la grossesse sur la tumeur fibreuse. — Sous l'influence de la grossesse, les fibro-myomes augmentent de volume dans des proportions variables, et, en même temps, ils subissent un *ramollissement* tout à fait remarquable, ramollissement qui semble jouer un rôle important au moment du travail et dans le mécanisme de l'accouchement. La grossesse une fois terminée et l'accouchement effectué, les fibro-myomes reprennent leurs dimensions et leur consistance normales. Dans certains cas, au lieu de conserver le volume qu'elle avait avant la grossesse, la tu-

1. Pour tout ce qui concerne cette opération, lire ou consulter la remarquable monographie de Duhrssen parue en 1904 (*Der vaginale Kaiserschnitt*, Berlin 1904. Imp. L. Schumacher, à Berlin).

meur fibreuse devient le siège d'un véritable travail régressif, qui, cependant, n'aboutit pas à la résorption complète du néoplasme, du moins nous n'en avons pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale. Il n'en est pas moins vrai que. dans ces circonstances bizarres, la grossesse a une influence curatrice comparable à celle de l'opération de BATTEY. Hâtons-nous d'ajouter que ces faits sont malheureusement trop rares pour qu'il soit possible d'en tirer parti au point de vue thérapeutique (OLSHAUSEN, TARNIER). Quant à la cause de cette hypertrophie et du ramollissement qui l'accompagne, tout ce que nous en savons se réduit à cette constatation, que les tumeurs qui en sont le siège sont envahies par une infiltration œdémateuse pure et simple. Néanmoins, chez certaines femmes, on a noté la présence de foyers de nécrose, des pseudo-kystes, des hématomes, etc. (MACKENRODT, VOGEL, BREUSS, etc.).

Influence des corps fibreux sur la grossesse. — On a prétendu que les fibromes implantés près des cornes utérines favorisaient la genèse des *grossesses ectopiques* en mettant obstacle au passage de l'œuf fécondé dans la cavité de la matrice. C'est une hypothèse qui ne repose sur aucune donnée sérieuse. Peut-être faut-il en dire autant de la théorie pathogénique qui accuse les fibro-myomes de provoquer l'*insertion vicieuse du placenta ;* il est vrai que NAUSS, SUSSEROTH, etc., sont assez enclins à admettre cette dernière opinion, mais nous devons ajouter qu'elle a été combattue par un grand nombre d'auteurs qui n'y veulent voir que des coïncidences pures et simples.

Nous savons que les corps fibreux sous-péritonéaux, pédiculés ou sessiles, peuvent persister des années et même indéfiniment sans occasionner aucun trouble sérieux. Chez la femme enceinte, ce type de fibrome se comporte aussi comme un néoplasme inoffensif, du moins dans un très grand nombre de cas ; il peut n'avoir aucune influence sur la marche de la grossesse, et il n'est nullement rare de voir l'accouchement s'effectuer dans des conditions très favorables.

Nous n'en dirons pas autant des *corps fibreux interstitiels.*

ni surtout des tumeurs *sous-muqueuses*, des *polypes fibreux*. Lorsqu'ils sont très petits et peu nombreux, les myomes interstitiels permettent quelquefois à la grossesse de suivre son cours normal sans causer d'inquiétude sérieuse.

En général, les choses finissent par prendre une mauvaise tournure, et des perturbations graves sont à peu près inévitables si aux noyaux interstitiels s'ajoutent des tumeurs sous-muqueuses. La situation devient tout à fait alarmante si les fibromes sont relativement volumineux et très nombreux. Dans la plupart des cas, des métrorragies se déclarent, et la grossesse se termine par un avortement ou par un accouchement prématuré. Mais on a noté bien d'autres complications : la *compression* d'un *uretère* ou des *uretères*, la *rétroflexion* de l'utérus gravide, etc. Quant à la *rupture spontanée* de l'organe, c'est un accident formidable, mais heureusement fort rare.

De toutes les variétés de fibro-myomes, les plus redoutables sont les *tumeurs* du *segment inférieur*. Au cours de la grossesse, et grâce au siège qu'ils occupent, ces néoplasmes prédisposent aux *présentations vicieuses*.

C'est surtout au *moment du travail* que ces tumeurs interviennent pour assombrir singulièrement la situation de la parturiente et le pronostic général de l'accouchement. Le danger réside dans l'obstacle que ces néoplasmes opposent au passage du fœtus. Si l'on n'intervient pas à temps, la mort de la femme est inévitable, et celle du fœtus aussi. Nous devons, toutefois, tenir compte des exceptions, car elles ne sont heureusement pas fort rares : nous voulons parler du déplacement inattendu de la tumeur, qui, sous l'influence des contractions utérines, s'éloigne de l'axe pelvi-génital, ce qui permet aussitôt au fœtus de s'engager ; d'autres fois, c'est le néoplasme lui-même qui, en l'espace de quelques heures, subit un changement complet de consistance : il *se ramollit* à un degré vraiment surprenant, *s'aplatit* contre les parois pelviennes et permet au produit de la conception de s'échapper hors de la filière génitale sans donner lieu à aucune complication digne d'être mentionnée. Hâtons-nous d'ajouter que cette heureuse conclusion d'une grossesse d'abord jugée désespérée ne doit pas être considérée

comme une éventualité très fréquente ; on serait donc bien imprudent, dans les cas de fibromes du segment inférieur, de s'endormir dans une sécurité trompeuse sous prétexte que la nature se charge de conjurer les accidents.

Cependant, il ne suffit pas toujours, dans le type qui nous occupe, d'extraire le fœtus pour considérer la femme comme hors de danger ; il ne faut pas oublier que les myomes interstitiels, quand ils sont nombreux, empêchent le retrait des parois utérines et donnent lieu à des métrorragies formidables, trop souvent mortelles (par inertie de la matrice).

Traitement. — Il diffère considérablement, suivant que l'on a à s'en occuper au cours de la grossesse ou pendant le travail.

Pendant la grossesse, il faudra tenir compte de deux éventualités : 1° le *néoplasme est passé inaperçu* jusqu'au moment où il a trahi son existence par des accidents plus ou moins sérieux ; on a rapporté des exemples de mort foudroyante par inertie utérine, les fibromes ayant empêché le retrait des parois de l'organe après l'expulsion du fœtus. La parturiente se vide, en quelque sorte, de son sang avant qu'on ait eu le temps d'intervenir d'une manière effective ; 2° le *néoplasme est reconnu à temps*. Quelle est la conduite à tenir ? Faut-il intervenir immédiatement et de parti pris dans tous les cas, ou bien est-il préférable d'attendre la fin de la grossesse, mais en se tenant sur ses gardes et prêt à agir à la première alerte ? Tout dépendra des troubles directement liés à la présence du ou des corps fibreux ; en d'autres termes, les choses peuvent se passer de deux manières différentes, comme on va le voir.

Le fibrome occasionne des troubles, et il y a lieu de craindre une interruption de la grossesse dans des conditions peu favorables. L'intervention s'impose alors sans aucune hésitation. En quoi consistera-t-elle ? L'*amputation supra-vaginale de* Porro ? L'*opération césarienne abdominale ?* Nous ne rappelons ces deux procédés que pour mémoire, car, aujourd'hui, tout le monde préfère recourir à l'hystérectomie totale ou à la myomectomie de Martin, suivant les circonstances. Nous nous expliquons : 1° s'il n'y a que deux ou trois

fibromes peu volumineux, bien placés, facilement abordables, et si la parturiente est encore jeune, la myomectomie est très recommandée ; elle permet de supprimer la cause du mal sans interrompre la grossesse, du moins dans un grand nombre de cas ; elle représente donc le traitement de choix, à la condition d'être exécutable ; 2° mais les conditions de l'intervention changent complètement, lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus farci de noyaux fibreux : l'hystérectomie abdominale totale retrouve alors tous ses droits. C'est à M. Martin (de Berlin) que nous devons la première intervention de ce genre (1888) ; ensuite viennent les tentatives de Kelly, Fritsch, Guermonprez ; aujourd'hui, elle est couramment pratique pour tous les chirurgiens. On trouvera dans les thèses de M. Lucas (1900, Paris) et de M. Turner (Paris, 1900) un exposé très complet de la question et de précieux renseignements sur tous les points de détail.

Passons aux formes favorables : le ou les fibromes sont très bien tolérés par l'utérus, et la femme n'en est pas sensiblement incommodée. A quel parti doit-on s'arrêter ? Chirurgiens et accoucheurs sont unanimes à conseiller l'expectation : il faut attendre le terme de la grossesse et n'agir que si les allures du néoplasme se modifient dans un sens défavorable. On ne compte plus les exemples de fibromateuses qui ont pu accoucher spontanément et à terme sans que la présence de leur néoplasme ait exercé la moindre influence fâcheuse sur le mécanisme de l'accouchement.

Au moment du travail : les fibromes du corps de l'utérus et surtout ceux du fond, permettent souvent à l'accouchement de s'effectuer dans de bonnes conditions. Il n'en est pas de même des corps fibreux du segment inférieur. En mettant obstacle au passage du fœtus, ces tumeurs peuvent donner lieu aux plus fâcheuses complications et amener la mort en un temps très court. On a quelquefois réussi à dégager l'enfant en réduisant le néoplasme avec la main, en le refoulant au-dessus du détroit supérieur. C'est Fritsch qui a imaginé cette manœuvre ingénieuse, mais rarement efficace. La version, la basiotripsie, etc., sont des pratiques surannées que nous mentionnons en passant ; actuellement, c'est l'hystérectomie abdominale totale qui représente le

procédé de choix ; elle a donné des résultats qui justifient la faveur dont elle jouit auprès de tous les chirurgiens. « Pour ma part, dit le professeur PINARD, je préfère pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, méthode qui, tout en sauvegardant aussi bien, sinon mieux (que la césarienne), les jours de la femme, a pour résultat définitif la guérison complète. c'est-à-dire la disparition de la tumeur, et je pense que bientôt les observations seront assez nombreuses pour entraîner la conviction de tous et en faire la méthode de l'avenir. »

Bibliographie. — BLAND SUTTON (*Brit. méd. Journal*, 1909). — JAMAIN (*Thèse de Paris*, 1907). — NETTER (*Thèse de Paris*, 1911).

GROSSESSE ET KYSTES DE L'OVAIRE

L'histoire des rapports réciproques de la grossesse et des grandes collections liquides de l'ovaire n'est assez bien connue que depuis que l'ovariectomie est devenue une opération courante, et, parmi ceux qui ont le mieux étudié cette association morbide, il faut surtout retenir les noms de SCHROEDER, SPENCER WELLS, BURNS, etc.

Lorsque la tumeur ovarienne est médiocrement grosse et parfaitement libre de toute adhérence avec les organes voisins, elle ne gêne pas sérieusement l'expansion de l'utérus gravide ; c'est, du moins, ce qui s'observe dans un grand nombre de cas, mais non dans tous.

En revanche, si la tumeur est énorme et reliée par des exsudats résistants aux organes du grand et du petit bassin, on voit survenir des troubles de compressions plus ou moins graves suivant le volume du néoplasme et sa position dans l'abdomen par rapport à la matrice : infiltration des membres inférieurs et de la paroi abdominale, rétention ou incontinence de l'urine, constipation opiniâtre, ascite, urémie par compression des uretères, etc.

Les kystes de moyen volume et même les petits kystes peuvent mettre obstacle au développement de l'utérus et

même occasionner des accidents redoutables, toutes les fois qu'ils sont immobilisés par des exsudats pelviens et par des adhérences solides : c'est ce qui s'observe surtout lorsque les néoplasmes sont des *kystes dermoïdes*, à cause de la fermeté de leur consistance.

Au moment du travail, rien de plus variable que les effets résultant de l'influence du kyste sur l'organe de la gestation : on a vu des tumeurs très volumineuses remonter dans l'abdomen et laisser l'accouchement s'effectuer dans de très bonnes conditions ; malheureusement, les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple ; dans un certain nombre de cas, le néoplasme vient se placer entre la paroi pelvienne et l'utérus, d'où grande difficulté ou même impossibilité pour le fœtus de descendre ; d'autres fois, on se trouve en présence d'une dystocie moins sérieuse, mais qui favorise les présentations vicieuses.

Voyons maintenant quelle est l'influence exercée par la grossesse sur l'évolution du kyste. S'il y a possibilité pour le kyste de se dégager et de monter dans la grande cavité abdominale, tout danger est conjuré. On ne saurait en dire autant des néoplasmes qui restent enclavés dans le pelvis, comme, par exemple, les kystes inclus dans le ligament large ; les accidents les plus sérieux sont alors possibles, et nous devons signaler, en ce qui concerne la tumeur : l'*hémorragie* intra ou extra-kystique, la *suppuration*, la *torsion* du *pédicule*, la *rupture* de la *poche kystique*.

Après l'expulsion ou l'extraction du fœtus par les voies naturelles, tout n'est pas encore dit, car il peut se faire que le néoplasme mette obstacle à la délivrance ; l'utérus, débarrassé de la plus grande partie de son contenu, se trouve fortement refoulé de côté par le kyste, d'où impossibilité pour le placenta de se décoller et de s'engager : il faut aller à sa recherche et l'extraire, ce qui n'est pas toujours facile.

Diagnostic. — Il est toujours épineux. Tout d'abord, l'attention est attirée par les dimensions inaccoutumées du ventre. Il s'agit de découvrir la cause de cet accroissement anormal. Est-on en présence d'une grossesse compliquée d'ascite, d'hydramnios, ou bien existe-t-il une tumeur net-

tement différenciée, distincte de la matrice ? Grâce à la consistance particulière qu'il offre à la palpation bimanuelle, il est assez facile de déterminer la place occupée par l'utérus gravide. Mais, comme nous venons de le dire, il y a encore autre chose, un néoplasme volumineux et contigu à la matrice. Quelle est la nature de cette néoformation, quel est son point de départ ? Dans un certain nombre de cas, les signes fournis par une exploration méthodique sont tellement nets que le diagnostic de kyste ovarien s'impose, en quelque sorte, sans la moindre hésitation. Malheureusement il faut compter aussi avec les exceptions : en dépit d'examens minutieux et réitérés, le chirurgien le plus expérimenté se trouve dans l'impossibilité absolue de choisir entre un néoplasme liquide de l'ovaire, une tumeur solide de cette glande et même un corps fibreux de la matrice elle-même. Les difficultés ne sont pas moindres lorsqu'on a affaire à un kyste inclus dans le ligament large. Il n'y a guère que la laparotomie qui puisse trancher la question.

Pronostic. — Il doit être extrêmement réservé ; en effet, s'il est démontré que, dans un assez grand nombre de cas, la grossesse a pu évoluer tranquillement et se terminer par un accouchement normal, on ne doit pas perdre de vue que les femmes sont, pendant plusieurs mois consécutifs, exposées aux pires complications : ascite, torsion du pédicule ovarien, rupture de la poche kystique, septicémie par infection du contenu du kyste, avortement, accouchement prématuré et toutes leurs conséquences.

Traitement. — *Pendant la grossesse.* — D'une manière générale, c'est l'expectation qui est recommandée aujourd'hui par la plupart des auteurs ; il ne faut faire d'exception que pour les cas où le néoplasme occasionne des troubles sérieux ou simplement persistants. L'intervention s'impose alors d'une manière absolue.

Il n'en est pas moins certain que beaucoup de chirurgiens conseillent l'extirpation lorsque la tumeur a été reconnue dès le début de la grossesse ; l'expérience a effectivement démontré l'innocuité de l'ovariectomie faite dans ces condi-

tions. Voici quelques chiffres assez encourageants : SCHROEDER est intervenu 12 fois sans décès maternel, mais avec 3 morts infantiles. M. OLSHAUSEN a fait 26 ovariectomies sans une seule mort maternelle ; enfin, nous trouvons dans le livre de MM. R. DESSAIGNES et LEPAGE une statistique collective allemande comprenant 135 observations avec une léthalité post-opératoire de 5,9 0/0 pour la mère. Dans 22 0/0 des cas, l'ovariectomie avait provoqué l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Pendant le travail, il paraît plus difficile de poser les indications. Plus d'une fois, il a suffi de vider le kyste par la ponction pour permettre à l'accouchement de s'effectuer dans de bonnes conditions.

Si la tumeur venait à s'engager en même temps que le fœtus, on s'efforcera de la réduire hors du pelvis, et, dans ces circonstances, l'anesthésie générale facilite beaucoup la tâche du chirurgien.

Néanmoins il ne faut pas se dissimuler qu'il y a des formes graves, contre lesquelles notre seule ressource est la laparotomie. Il nous paraît superflu d'attirer l'attention sur l'extrême gravité de la cœliotomie abdominale pratiquée au cours du travail.

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Le traitement préventif de l'avortement est du ressort de l'accoucheur et de la sage-femme ; seul le traitement curatif peut et doit intéresser le chirurgien et le gynécologiste.

Il y a lieu de distinguer plusieurs cas.

La poche des eaux est vidée, mais le fœtus est dans la cavité utérine, ou bien une partie fœtale se trouve simplement engagée dans le col. Il y a encore des livres classiques qui conseillent de s'abstenir de toute intervention, d'attendre l'expulsion spontanée, en se bornant à administrer des injections antiseptiques !

On ne saurait trop s'élever contre une conduite aussi contraire au bons sens ; pendant que l'on guette cette expulsion, la malade souffre, le sang coule et une inoculation septique

est vite réalisée. L'intervention s'impose, au contraire, de la manière la plus formelle ; elle est, d'ailleurs, d'une bénignité absolue, si l'on veut bien se conformer aux règles de l'asepsie, ce qui n'est vraiment pas très difficile. Voici comment on doit procéder :

Tous les préparatifs étant terminés (désinfection de la vulve, nettoyage des mains, champs opératoires disposés sur les cuisses, le ventre et sous le siège de la malade), et la malade placée dans la position dorso-sacrée, le chirurgien immobilise l'utérus avec la main gauche appliquée sur le ventre, tandis qu'il introduit la main droite — ou quelques doigts seulement — dans le vagin pour aller à la recherche du fœtus ; si celui-ci s'y trouve déjà, rien de plus simple que de l'en extraire ; dans le cas contraire, il faut glisser deux doigts dans la cavité utérine, saisir le fœtus par la partie qui se présente et l'attirer dans le vagin avec précaution, de façon à éviter toute lésion du col ; parfois, on ramène aussi le placenta en tirant légèrement sur le cordon ; beaucoup plus souvent — surtout si la grossesse est encore éloignée de son terme — le placenta refuse de suivre le fœtus ; on peut même dire que c'est la règle. On se gardera bien d'insister. Il faut se contenter de poser une ligature sur le cordon, qui est ensuite sectionné du côté de l'enfant. Si l'écoulement sanguin est peu considérable, on donne une injection vaginale chaude pour entraîner les caillots, et une mèche de gaze stérilisée est convenablement tassée dans le vagin, tout contre le museau de tanche. La malade est replacée dans la position horizontale et surveillée de très près, de crainte d'une nouvelle hémorragie. Si aucun suintement appréciable ne se produit, on peut attendre jusqu'au lendemain pour renouveler les tentatives d'extraction du placenta. En retirant la mèche vaginale au bout de douze à vingt-quatre heures, il est assez fréquent de trouver le délivre derrière elle, au milieu des caillots qui remplissent le fond du vagin. Mais cette heureuse terminaison n'est pas la règle ; après l'ablation du tamponnement vaginal, l'utérus recommence à saigner ; on tire de nouveau sur le cordon, mais rien ne vient, ou bien le cordon se rompt brusquement, ce qui n'est pas bien grave.

C'est alors le cas ou jamais de recourir à la *délivrance artificielle*. On la réalise *avec les doigts*, *avec la curette ou au moyen d'un tamponnement intra-utérin*.

Curage digital. — C'est une manœuvre très simple. La malade est préparée comme pour subir un curettage instrumental ; on l'installe dans la position dorso-sacrée. L'anesthésie générale n'est indiquée que si l'on a affaire à une femme très nerveuse ou très pusillanime.

De la main gauche appliquée sur le ventre, le chirurgien abaisse l'utérus et l'immobilise, tandis que l'index et le médius — ou même toute la main, — de la main droite sont introduits avec précaution dans la cavité utérine et vont à la recherche du placenta. Celui-ci doit être attaqué du côté de sa circonférence, avec l'extrémité des doigts légèrement fléchis en crochet ; on gratte partout où le délivre adhère à la paroi utérine, et, comme il est ordinairement très friable, c'est par morceaux qu'on arrive à l'extraire. Ce curage s'accompagne toujours d'une hémorragie assez abondante, qui persiste jusqu'à ce que le dernier fragment soit détaché ; aussi faut-il aller vite, mais sans brutalité, car une perforation n'est pas longue à se produire. Pendant ces manœuvres de décollement, on fera bien d'exercer, avec la main gauche, des frictions sur le fond de la matrice, on *massera* ce fond, dans le but de provoquer des contractions qui favoriseront le décollement des débris placentaires et détermineront en même temps le resserrement des vaisseaux. C'est un moyen d'hémostase souvent efficace.

Le curage digital terminé, au moyen d'une sonde à double courant (de Doléris), on fait une première irrigation intra-utérine avec de l'eau oxygénée[1] étendue (1 à 2 litres de liquide), puis une seconde avec de l'eau simplement stérilisée pour balayer la mousse produite par le premier lavage ; le sang s'arrête immédiatement. On achève la séance en intro-

1. Il y a des chirurgiens qui proscrivent l'usage de l'eau oxygénée, même très étendue, chez les « puerpérales », par crainte de l'embolie gazeuse; ils n'ont peut-être pas tout à fait tort. Du reste, l'eau oxygénée peut être remplacée par des solutions antiseptiques faibles : oxycyanure à 1 p. 4000, permanganate à 1 p. 3000, protargol à 1 p. 2000, etc.

duisant dans la cavité utérine une mèche de gaze stérilisée que l'on tasse modérément ; l'introduction de cette mèche doit être faite avec prudence, et le chirurgien veillera *à ce que sa pince ne dérape pas*, car la paroi utérine, ramollie et friable, se laisse traverser avec la plus grande facilité : ***on a vu des perforations se produire à l'insu de l'opérateur.***

Les soins consécutifs se réduisent à peu de chose. La mèche intra-utérine est retirée au bout de quarante-huit heures ; on ne la remplacera par une autre que si l'utérus donne encore un peu de sang. Mais il ne faut pas manquer de tamponner le vagin avec de la gaze stérilisée ou antiseptique ; ce tamponnement sera changé tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'abondance des sécrétions (leucorrhée, hydrorrhée, rarement du sang). Pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'ablation de la dernière mèche intra-utérine (dans le cas où il y aurait eu plusieurs pansements), il est bon de faire prendre aux femmes quelques pastilles d'ergotine dans le but de favoriser le travail de l'involution.

Curettage instrumental. — Moyen souvent dangereux : la mollesse et la friabilité de certains utérus sont telles qu'il est pour ainsi dire impossible de se servir d'une curette, même à bords émoussés, sans déterminer une perforation : l'adresse, la prudence, la légèreté de main du chirurgien n'y font absolument rien : nous avons été témoins d'un accident de perforation — heureusement terminé par la guérison — qui se produisit au moment même où l'opérateur déplorait la maladresse de certains praticiens !

Nous ne nous étendrons pas sur la technique, qui a été décrite ailleurs. « Avec un peu d'habitude, disent MM. R. Dessaignes et Lepage, on reconnaît la place qu'occupe le placenta ; elle donne une sensation de mollesse, de saillie, qui diffère de celle de la paroi utérine avoisinante. On enlève alors les débris du placenta ou le placenta entier ; puis, lorsqu'il est aussi complètement détaché qu'on peut le faire ainsi, on continue à nettoyer avec la curette le reste de la cavité utérine ; pour vider les cornes, on se sert de curettes plus petites ou de la curette Récamier. »

Quant aux soins consécutifs, ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous avons indiqués après le curage digital : irrigations intra-utérines, lanières intra-utérines, tamponnement de vagin avec de la gaze, etc. L'eau oxygénée [1] doit être préférée aux solutions antiseptiques habituellement employées (sublimé, permanganate, bi-iodure, etc.), non seulement à cause de son absolue innouité, mais surtout parce que, étendue d'eau stérilisée, elle est douée de propriétés hémostatiques très suffisantes pour tarir les suintements sanguins en nappe. Rappelons que beaucoup de chirurgiens préconisent, actuellement, pour faire ces irrigations, la *solution saline physiologique*, autrement dit, le *sérum artificiel*. A notre avis, cette pratique est très recommandable.

A l'iodoforme, il faut également préférer le salol ou la *ferripyrine*, susbstances exemptes de mauvaise odeur et toujours très bien tolérées. A ce propos, nous tenons à attirer l'attention sur l'avantage qu'il y a à se servir de mèches intra-utérines salolées ou à la ferripyrine, car le sang qui imbibe les lanières simplement stérilisées s'altère très vite et dégage une fétidité extrêmement pénible pour la malade et son entourage. Il est bon d'être prévenu de ce fait, car cette fétidité pourrait alarmer à tort et faire croire à l'imminence d'une infection qui n'existe pas. Il suffira, d'ailleurs, de consulter le thermomètre pour être promptement rassuré sur le pronostic de l'intervention.

Tamponnement intra-utérin, laminaires. — Au curage digital et au curettage il est permis de préférer, dans certaines circonstances, le tamponnement intra-utérin avec des lanières de gaze. La gaze laissée à demeure joue le rôle d'un corps étranger, elle sollicite la contractilité de la fibre utérine ; les contractions qui en résultent ont pour effet de détacher les débris placentaires, qui tombent dans la cavité de l'utérus et, de là, dans le vagin, d'où il est aisé de les extraire. Aucune hémorragie sérieuse n'est à craindre, puisque les contractions du muscle utérin ont aussi pour résultat de resserrer le calibre des vaisseaux.

1. Voyez plus haut.

Au lieu d'une mèche, on pourrait se servir d'une forte laminaire qu'on laisserait à demeure pendant plusieurs heures ; le résultat est exactement le même : décollement des débris placentaires, hémostase par contraction des parois vasculaires. Nous avons usé de ce moyen dans plusieurs cas, toujours avec succès. Après l'expulsion des lambeaux placentaires, on fait un lavage avec la sonde à double courant ; on introduit ensuite dans la cavité utérine une mèche de gaze.

Il va sans dire que ces deux procédés ne sont pas applicables aux rétentions placentaires graves, compliquées d'hémorragies profuses et de symptômes infectieux ; en revanche, ils rendent de réels services lorsqu'on a affaire à des femmes pusillanimes qui repoussent le curettage et refusent de se laisser anesthésier. Mais, nous le répétons, seules les rétentions à allures bénignes sont justiciables de la délivrance par les laminaires ou par le tamponnement intra-utérin.

COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

Les seules qui méritent de nous arrêter sont l'hémorrhagie et l'infection.

L'*hémorragie* ne doit être considérée comme une complication que si elle est d'une abondance exagérée, exceptionnelle, capable de mettre la vie en danger.

Elle peut se déclarer avant la rupture de l'œuf. Le remède classique consiste à administrer force injections vaginales chaudes, et, en cas d'insuccès ou de résultat insuffisant, à recourir au tamponnement du vagin.

Ces moyens peuvent être essayés ; ils réussissent quelquefois, non à empêcher l'avortement, mais à arrêter momentanément le sang. Nous estimons, toutefois, qu'il est préférable, si l'hémorragie se répète, d'adopter une conduite plus active, plus chirurgicale : rompre les membranes et extraire le fœtus et ses annexes avec la main. Si le col n'est pas suffi-

samment dilaté, l'usage du ballon de CHAMPETIER est toujours indiqué.

Lorsque l'hémorragie est due à la rétention totale ou partielle du placenta, les irrigations vaginales, le tamponnement sont recommandés par beaucoup d'accoucheurs. Ici encore, la méthode de choix, c'est l'extraction manuelle, avec ou sans le secours du ballon.

Quant à l'*infection*, elle peut survenir pendant l'avortement ou après que l'utérus a été débarrassé de son contenu, partiellement ou en totalité.

Dans le premier cas, il n'y a pas à choisir : l'extraction manuelle s'impose péremptoirement et dans le plus bref délai. Il serait absurde, inouï, d'attendre les frissons ou la fétidité du contenu de la matrice. Il suffit que la température s'élève à 38° pour que l'intervention soit formellement indiquée.

Si l'infection se déclare après l'expulsion du fœtus seul, la délivrance artificielle s'impose immédiatement ; on peut, pour cela, recourir au curettage instrumental ou au curage avec les doigts, le moyen importe peu. Souvent, tout rentre dans l'ordre après que l'utérus a été vidé de son contenu septique.

Mais il y a des exceptions, et elles ne sont rien moins que rares. En dépit de l'intervention, les frissons, la fièvre persistent, les sécrétions utérines restent fétides. Quelle est la conduite à tenir ? Il y a des chirurgiens qui n'hésitent pas à procéder à un nouveau curettage, qu'ils font suivre d'injections intra-utérines antiseptiques. Il ne nous semble pas très prudent d'exposer le malade à un nouveau choc opératoire, si minime soit-il. On peut désinfecter très efficacement la cavité utérine en instituant des ***irrigations intra-utérines continues*** au moyen de la sonde à double courant ; on fait ainsi passer dans la matrice jusqu'à 10 litres de liquide en vingt-quatre heures, liquide faiblement antiseptique.

Mais le traitement local n'est pas tout ; il faut aussi lutter contre l'infection générale de l'organisme ; on remplira très bien cette dernière indication au moyen d'injections massives de sérum artificiel. Dans ces formes graves de la fièvre puerpérale, c'est aux injections intra-veineuses qu'on doit

recourir sans la moindre hésitation : 2 à 3 litres de sérum physiologique en vingt-quatre heures.

En terminant, rappelons qu'on a vu des accidents septicémiques éclater inopinément après l'évacuation complète de l'utérus et une apyrexie absolue de plusieurs jours. Cette infection tardive ne peut s'expliquer que par l'inoculation de débris placentaires retenus dans la cavité utérine, inoculation vraisemblablement venue du dehors (injections malpropres, toucher vaginal septique).

Le curettage permettra de débarrasser la cavité utérine de tous ces débris placentaires ; ensuite, il sera sage de faire, pendant deux ou trois jours, des irrigations intra-utérines continues.

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE
PÉRINÉORRAPHIES

Nous ne nous occuperons que des déchirures d'origine obstétricale, et, parmi celles-ci, nous ne décrirons que les déchirures anciennes, déjà cicatrisées.

Les déchirures du périnée sont *incomplètes* ou *complètes*.

Déchirures incomplètes. — Le sphincter musculaire est intact, de sorte qu'il n'y a pas incontinence des matières. La vulve est béante, le périnée très court, toute la région semble affaissée, déprimée. L'anus cependant conserve sa forme et sa tonicité.

Il faut distinguer deux degrés :

1° Dans le premier, la fourchette seule, c'est-à-dire la peau seule, est lésée, déchirée ;

2° Dans le second, la rupture comprend la fourchette et quelques faisceaux sous-cutanés, sous-jacents au sphincter.

Déchirures complètes. — Il y a section complète du sphincter anal dont les deux bouts se rétractent aussitôt de chaque côté, en vertu de leur tonicité ; le périnée est fendu

dans toute sa longueur ; en bas, la vulve et l'anus communiquent librement en formant ce qu'on appelle un *cloaque*. En arrière de la vulve et de chaque côté, on voit une petite surface triangulaire dont la base répond à la peau et le sommet à la cloison recto-vaginale. L'extrémité inférieure de cette cloison qui marque la limite de la déchirure constitue ce qu'on appelle l'*éperon*. Si la déchirure ne monte pas très haut, si elle n'intéresse que le triangle périnéal, l'éperon se présente sous la forme d'un bourrelet transversal plus ou moins saillant ; dans le cas contraire, c'est-à-dire si la déchirure comprend la région d'adossement des parois vaginale et rectale, l'éperon est un bord plus ou moins mince.

Il n'est pas du tout rare de voir ces déchirures du périnée favoriser le relâchement du vagin et s'accompagner d'un certain degré de *rectocèle* ; chez les sujets prédisposés par la mauvaise qualité de leur tissu fibreux, chez les neuro-arthritiques — les ptosiques, dit RICHELOT — la chute du vagin peut être complète et entraîner celle de la matrice. Toutefois il convient de faire observer que le prolapsus utéro-vaginal n'est rien moins qu'une conséquence forcée des déchirures du périnée : nous avons tous vu des déchirures très sérieuses se produire et persister sans donner lieu à la moindre rectocèle ; de même, un simple relâchement du périnée peut coïncider avec une procidence complète de l'utérus. Les prédispositions individuelles, la question du terrain jouent un grand rôle dans le mécanisme de ces coïncidences pathologiques.

La symptomatologie des déchirures du périnée peut se résumer en quelques lignes.

Si la déchirure est incomplète, en dehors des signes physiques que nous connaissons, les malades se plaignent peu ou pas du tout (quelques tiraillements, un peu de pesanteur hypogastrique, à l'occasion de la marche, de la station prolongée ou de certains travaux fatigants). La continence de l'intestin est, d'ailleurs, parfaite.

La déchirure est-elle complète ? Même indolence, sauf dans les cas où il y a rectocèle, prolapsus utéro-vaginal, ce qui n'est pas la règle. Mais, ici, la lésion du sphincter entraîne l'incontinence du rectum, incontinence qui varie

beaucoup avec les sujets. En général, les matières solides ne sortent pas à l'insu de la malade, à moins que la déchirure ne soit exceptionnellement profonde, ce qui est rare ; en revanche, l'incontinence des gaz et des matières liquides ne manque jamais, mais elle est plus ou moins accusée suivant les personnes. On voit donc qu'il s'agit d'une infirmité dégoûtante, extrêmement pénible pour la patiente et pour son entourage et à laquelle il faut porter remède dans le plus bref délai possible.

Traitement. — En fait d'historique, nous serons très bref : il nous suffira de rappeler que la pratique des larges avivements a été vulgarisée par DIEFFENBACH, que l'idée de recourir simultanément à l'avivement et au dédoublement est dû à LANGENBACH, que l'usage des fils métalliques a été inauguré par MARION SIMS, etc.

Quoi qu'il en soit, c'est à l'Américain EMMET que revient le mérite d'avoir méthodiquement réglé la technique de la périnéorraphie, d'avoir montré comment on peut réunir les deux extrémités du sphincter coupé, et imaginé la manière de fermer la plaie comme on ferme une bourse, en plaçant les fils d'une certaine manière. Il est donc juste de le considérer comme le véritable initiateur de cette merveilleuse opération et comme le créateur de la meilleure technique pour la réparation des déchirures complètes.

Le procédé d'EMMET a été introduit en France par un chirurgien de Rouen, JUDE HUE, en 1876.

Après le chirurgien américain, il faut citer, parmi ceux qui ont travaillé au perfectionnement de cette opération, les noms de SANGER, LAWSON TAIT, HEGAR, SIMON, MARTIN, POZZI, DOLÉRIS, etc.

Nous lisons dans les livres classiques que la périnéorrhaphie immédiate, pratiquée séance tenante après l'accouchement, donne de bons résultats et qu'elle est d'une exécution plus facile que l'opération tardive, pourvu, toutefois, que la femme ne soit pas déjà infectée, ni trop épuisée par la durée prolongée du travail.

On nous permettra d'être, avec beaucoup de chirurgiens, d'un avis absolument contraire. Que la tentative puisse

quelquefois réussir, surtout lorsque la déchirure n'est pas bien profonde, nous ne le contesterons pas. Ce n'est pas malheureusement la règle, et voici pour quelles raisons : 1° on n'est presque jamais outillé *ad hoc* ; 2° la région périnéo-vulvaire se trouve ordinairement dans un état de moindre résistance et ne demande qu'à s'infecter et à suppurer ; 3° la longue durée du travail, les manœuvres d'extraction, ont infligé aux tissus des froissements, des meurtrissures bien peu favorables à une réunion *per primam*, etc. Mais peu importe les raisons que l'on pourrait invoquer ; le fait certain, mille fois démontré, c'est que, dans la majorité des cas, « ça ne prend pas ». Dès le second jour, la température monte, la région opérée devient tendue, rouge, douloureuse ; bientôt ce sont des élancements véritables. Sans perdre de temps, il faut faire sauter les points de sutures, si l'on tient à éviter un phlegmon dont il n'est guère possible de prévoir les conséquences chez une nouvelle accouchée.

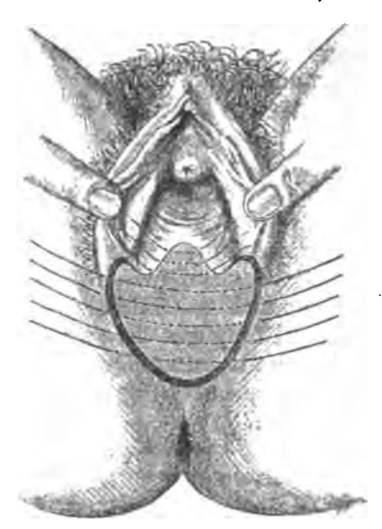


Fig. 217. — Périnéorrhaphie. Procédé de Simon.

Pour agir à coup sûr, le parti le plus sage est donc d'attendre la cicatrisation complète de la plaie, qu'on surveillera pour prévenir toute infection : lavages à l'eau oxygénée étendue, pansements à la gaze stérilisée, qu'on renouvellera à chaque miction, etc.

Déchirures incomplètes. — Si la déchirure est superficielle et d'une étendue minime, on commencera par exciser avec soin tout le tissu cicatriciel, en dépassant un peu les limites de la solution de continuité : la manière de faire cet avi-

vement a une importance extrême, et nous ne saurions trop recommander d'apporter la plus grande attention à ce premier temps de la périnéorraphie, même lorsqu'il s'agit d'une déchirure insignifiante. Autre recommandation capitale : il faut s'entourer des mêmes précautions aseptiques que s'il s'agissait d'une intervention tout à fait sérieuse, car on ne se figure pas avec quelle facilité s'infectent les plaies de cette région ; il suffit d'un point de suture qui se met à suppurer pour que toute l'opération soit à recommencer.

L'avivement terminé, on réunira les bords correspondants par des points séparés au catgut (pour la muqueuse) et aux crins de Florence (pour la peau) ; nous croyons qu'il est avantageux d'adopter deux plans de sutures (un superficiel et un profond), même dans les cas les plus simples.

Si la déchirure est sérieuse — sans toutefois intéresser le sphincter musculaire — on préfère généralement recourir à une technique mieux réglée. A ce point de vue, le chirurgien n'a que l'embarras du choix, car les procédés imaginés par les différents auteurs sont extrêmement nombreux. Nous n'en retiendrons que deux, celui de SIMON et celui de DOLÉRIS.

Procédé de SIMON. — On donne à l'avivement la forme d'un cœur, comme on le voit sur la figure 151, et les bords sont affrontés au moyen de deux sortes de fils : 1° les fils supérieurs ou vaginaux, destinés à réunir la partie muqueuse de la plaie — 3 ou 4 fils de catgut n° 3 suffisent ordinairement ; — 2° les fils inférieurs ou périnéaux, qui rapprochent les bords cutanés de l'avivement ; ils sont plus nombreux, pénètrent dans la peau à 1 centimètre en dehors de la plaie, cheminent tout entiers dans l'épaisseur des tissus et ressortent de l'autre côté en des points symétriques. On donne toujours à ces fils, supérieur et inférieur, une direction transversale. Pour la réunion des bords cutanés, on se sert toujours de gros crins de Florence ; les fils d'argent, de bronze-aluminium ne valent certainement pas mieux. Pour le passage de tous ces fils, l'aiguille à grande courbure de DOYEN est parfaite. La plupart des chirurgiens assurent l'affrontement au moyen de deux plans de sutures (*fig.* 151).

Procédé de **Doléris.** — Incision courbe pratiquée à l'union de la peau et de la muqueuse vulvo-vaginale ; dissection des bords de la plaie en avançant dans la profondeur du vagin, puis dédoublement de la cloison recto-vaginale ; dans ce travail de décollement, on s'arrange de façon à obtenir un lambeau vaginal triangulaire, qu'on ne doit pas exciser. Cet avivement par dédoublement achevé, on réunit la surface cruentée dans le sens transversal par trois, quatre, six fils d'argent ou crins de Florence que l'on passe avec une grande aiguille courbe et qui doivent cheminer dans la partie la plus profonde des tissus avivés ; après avoir serré ces fils, on constate que l'insertion courbe s'est transformée en une ligne de sutures verticale. Quant au lambeau vaginal, on rénuit ses bords, dont on a réséqué la partie superflue, à la nouvelle commissure vulvaire.

Colpo-périnéorraphie. — Lorsque la déchirure incomplète du périnée se complique de rectocèle, on fait ce qu'on appelle une colpo-périnéorraphie : 1° on commence par une colporrhaphie postérieure, en taillant un lambeau triangulaire dont la base répond à la fourchette vulvaire, suivant la technique que nous avons décrite à propos du prolapsus ; 2° à cette base on adosse celle d'un autre triangle, plus petit, à pointe tournée du côté de l'anus, et dont l'aire est constituée par l'avivement périnéal. Nous savons comment on affronte la plaie d'une colporraphie postérieure ; on termine l'opération en réunissant les bords latéraux du petit triangle par deux étages de sutures transversales faites avec des crins de Florence.

Déchirures complètes. — En avant, le vagin et la vulve communiquent librement avec le rectum et l'anus ; le sphincter rompu n'est plus un anneau complet, mais un demi-cercle à ouverture antérieure ; l'éperon, nous l'avons dit, représente l'extrémité inférieure de la cloison recto-vaginale intacte ; à l'éperon aboutit de chaque côté le sommet des petites surfaces triangulaires que nous avons déjà décrites. Comment se fera la réparation ? Rien n'est plus

simple, si l'on a bien compris la disposition des parties : il s'agit avant tout de réunir, de ressouder solidement les deux extrémités du sphincter musculaire ; on y parvient au moyen d'un solide fil (crin ou argent), qui pénètre par la peau près du bord correspondant de la surface cruentée, s'engage aussitôt dans le sphincter, traverse l'éperon, puis l'autre moitié du sphincter et ressort à la peau, en un point symétrique. Mais, avant de passer les fils (il en faut trois

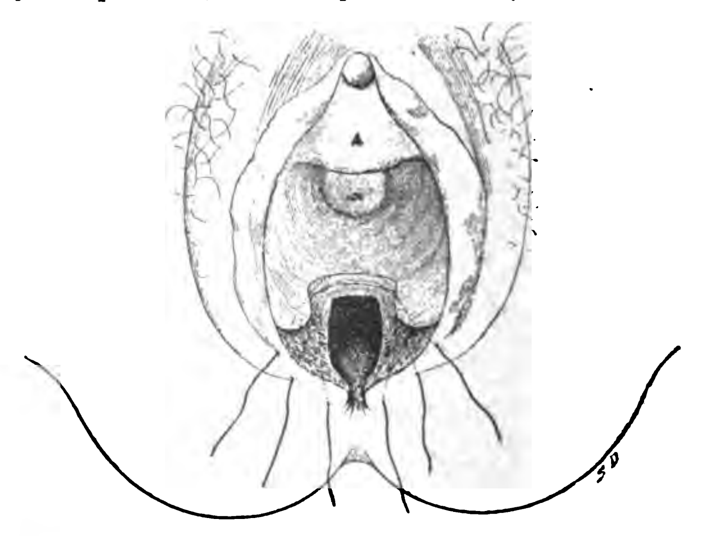


Fig. 218. — Déchirure complète (procédé d'Emmet).

profonds), il faut mobiliser les tissus, ce qu'on obtient aisément en excisant toutes les surfaces cicatricielles ; il faut ensuite dédoubler l'éperon sur une certainee étendue et décoller la muqueuse de chaque côté de cet éperon.

Les procédés imaginés pour la réparation des déchirures complètes sont très nombreux ; nous ne retiendrons que les trois principaux.

*Procédé d'*Emmet. — L'avivement comprend les deux surfaces triangulaires latérales, dont les sommets abou-

tissent sur la ligne médiane au bourrelet de l'éperon, tandis que les bases répondent à la peau ; il va sans dire que l'éperon est également avivé avec le plus grand soin ; pour obtenir une solide réunion, il est essentiel d'exciser tout le tissu cicatriciel de manière à bien assouplir tous les tissus de la région.

M. Richelot a modifié cette technique de la manière suivante : au lieu d'aviver simplement l'éperon, il le dédouble sur une certaine étendue, mais pas trop haut ; ce dédoublement est poursuivi ensuite latéralement à droite et à gauche, de manière à décoller la muqueuse vaginale, qui finit par former un lambeau flottant destiné à prendre part à la restauration de la région ; inutile d'ajouter que tout le tissu inodulaire est détaché avec les ciseaux, etc. (*fig.* 218).

Pour le placement des fils, nous laissons la parole à l'auteur : « Prenez une aiguille à grande courbure, enfoncez-la sous la peau, sur le côté gauche du périnée, à quelque distance de l'avivement et en arrière de l'extrémité sphinctérienne ; faites-la cheminer sous les tissus le long du bord postérieur de la surface triangulaire jusque dans la cloison recto-vaginale ; l'index gauche, introduit dans le rectum, guide l'aiguille, l'empêche de pénétrer dans l'intestin et l'oblige à rester noyée dans la cloison au-dessus du sinus d'avivement ; de l'autre côté, elle redescend toujours le long du bord postérieur de la surface triangulaire et sort sur la peau, de même le bord sphinctérien, à un point symétrique du point d'entrée. Un premier fil étant ainsi placé, il en faut encore deux ; le second pénètre et sort à moitié chemin entre l'anus et la fourchette, le troisième sort près de la grande lèvre ; ces trois fils occupent l'épaisseur même de la cloison. On termine l'opération en les nouant sur la ligne médiane. »

Procédé de Lawson Tait. — On trace d'abord les incisions suivantes, qui représentent dans leur ensemble un H plus ou moins parfait : 1° incision transversale au niveau de la cloison recto-vaginale ou de l'éperon, empiétant en dehors de chaque côté jusqu'à la peau ; 2° deux incisions verticales ; chacune d'elles part de l'extrémité de l'incision

transversale jusque vers la partie moyenne de la vulve, en cheminant entre la grande et la petite lèvre ; en bas, chacune de ces deux incisions verticales se prolonge, descend jusqu'au delà du bord postérieur de l'anus (*fig.* 219).

Ces incisions une fois tracées, on dédouble d'abord la cloison recto-vaginale, au milieu et sur les parties latérales jusqu'au niveau des tracés verticaux dont nous avons parlé. Ce dédoublement doit être fait avec beaucoup de soin ; une fois terminé, on obtient deux lambeaux muqueux, un vaginal et un rectal ; en soulevant le premier et en abaissant le second, la plaie prend l'aspect d'un quadrilatère dont le fond répond à la limite du dédoublement de l'éperon recto-vaginal. Cette large surface avivée est réunie transversalement par des sutures avec des crins de Florence enfoncés immédiatement en dedans de la peau ; le fil inférieur doit traverser le sphincter déchiré.

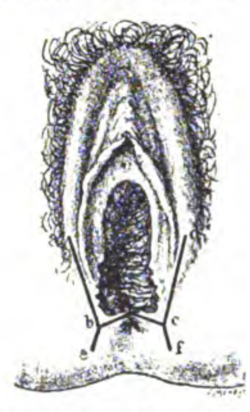


Fig. 219. — Déchirure complète. Tracé de l'incision dans le procédé de Lawson Tait, d'après Pozzi.

Procédé de Pozzi. — C'est une modification du procédé de Lawson Tait. Ce chirurgien réalise un avivement plus étendu, surtout sur les parties latérales, de manière à obtenir un dédoublement plus parfait (*fig.* 220).

La réunion des surfaces avivées a lieu par une double suture : 1° d'abord un surjet avec du catgut pour affronter les parties profondes ; 2° une suture profonde à l'aide de trois fils d'argent qui passent au-dessous de toute la surface avivée, après avoir pénétré à 1 centimètre des bords de la plaie.

Soins consécutifs. — Ils sont très importants. L'opération terminée, on essuie le sang, on enlève les caillots et l'on introduit dans le vagin une mèche de gaze antiseptique pour empêcher les sécrétions de ce conduit de se répandre sur la ligne des sutures. C'est également pour mettre ces

sutures à l'abri du contact de ces liquides et surtout de l'urine, qu'on recommande de les enduire de vaseline stérilisée ; on les recouvre ensuite avec quelques doubles de gaze aseptique sur laquelle on applique une couche de coton stérilisé, et le tout est maintenu en place par un large bandage en T.

Dans tous les cas, le cathétérisme s'impose pendant les huit premiers jours, et, durant le même laps de temps, il faut empêcher les garde-robes au moyen de l'extrait thébaïque, dont on administre 3 à 5 centigrammes tous les jours pendant trois ou quatre jours, en commençant la veille de l'opération.

Après chaque cathétérisme, rinçage de la vulve avec un peu d'eau tiède et application d'une compresse propre.

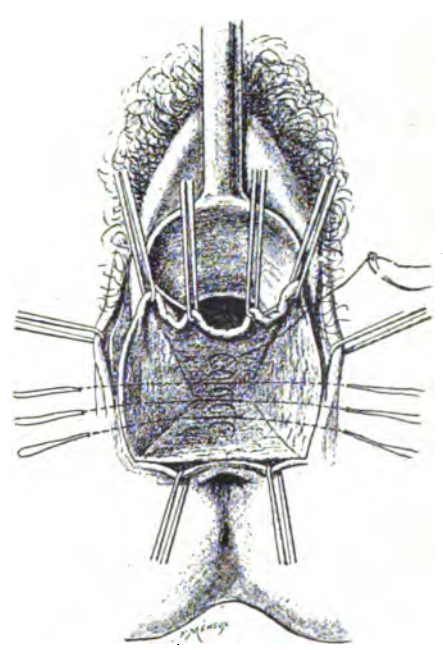


Fig. 220. — Déchirure du périnée. Procédé de Lawson Tait modifié par Pozzi (d'après Pozzi).

Nous avons à peine besoin d'ajouter que le repos le plus rigoureux, l'immobilité la plus complète sont indispensables pendant les huit ou dix premiers jours : l'opéré restera dans le décubitus dorsal, la tête assez basse, les cuisses maintenues rapprochées par un lien peu serré ; à partir du sixième jour, on lui permettra de se mettre sur le côté et de se tenir un peu plus soulevé au moyen de coussins glissés sous les épaules ; mais la position assise ne sera autorisée qu'à la fin de la troisième semaine.

L'ablation des fils non résorbables se fera vers le quinzième jour, jamais plus tôt.

Donc, à partir du huitième ou neuvième jour, on permettra à l'opérée d'uriner spontanément, et le dixième jour, on donnera une purgation et des lavements évacuateurs, s'il y a lieu.

Il ne nous paraît pas prudent de permettre la marche avant la fin de la quatrième semaine, même dans les cas les plus favorables.

Complications. — Pronostic. — La périnéorraphie est la plus bénigne des interventions, depuis l'avènement de l'asepsie ; autrefois les cas de mort n'étaient pas exceptionnels.

En fait de complications, il ne peut être question que d'*hémorragie* et de *suppuration.*

L'hémorragie qui survient au cours de l'avivement n'a pas la moindre importance, car, pour l'arrêter, il suffit de pincer le vaisseau qui donne du sang, ce qui est tout à fait simple.

Quant à l'hémorragie secondaire, elle indique que l'hémostase a été mal faite et les surfaces mal affrontées, c'est un accident fâcheux, en ce sens qu'il compromet la réunion *per primam.*

Il faut en dire autant de l'infection : en général, il suffit d'un point qui suppure pour que toutes les sutures soient souillées : l'opération est manquée, il faut la recommencer, après cicatrisation complète de la plaie désunie.

TABLE ANALYTIQUE

Q

R

S

TABLE DES MATIÈRES

GÉNÉRALITÉS

MALADIES DE LA VULVE

MALADIES DU VAGIN

MALADIES DE L'UTÉRUS

MALADIES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

MALADIES DU PÉRITOINE PELVIEN

APPENDICE

INDEX ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A

B

C

D

T

U

V

W

TOURS. — IMPRIMERIE DESLIS FRÈRES ET Cie, RUE GAMBETTA, 6.

VIGOT FRÈRES, Éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, PARIS

COLLECTION DES MANUELS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

I

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE INTERNE

PAR

le Dr G. LEMOINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LILLE

Deux volumes in-8 écu, avec 248 figures en noir et en couleur, cartonnés . . . . **16 fr.**

II

TRAITÉ DES URINES

ANALYSE DES URINES

CONSIDÉRÉE COMME UN DES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

PAR

Le Dr E. GÉRARD

PROFESSEUR DE PHARMACIE ET DE PHARMACOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

TROISIÈME ÉDITION

Un volume in-8 écu, avec 43 figures dans le texte et deux planches en couleurs, cartonné. . . . . . . **8 fr.**

Envoi franco contre mandat postal.

VIGOT FRÈRES, Éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, PARIS

III

MANUEL
DE
GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Par le Dr J. BAROZZI

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Préface de L.-G. RICHELOT

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Cochin

DEUXIÈME ÉDITION

Un vol. in-8 écu, avec 220 figures, cartonné. . . **14 fr.**

IV

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT
DES
MALADIES DU NEZ

Par le Dr J. GAREL

MÉDECIN DES HOPITAUX DE LYON

TROISIÈME ÉDITION

Un vol. in-8 écu avec 145 fig. et 4 pl., cartonné. . **7 fr.**

V

TRAITÉ PRATIQUE
D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

ÉLECTROTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, RADIUMTHÉRAPIE

Par le Dr J. LARAT

CHEF DU SERVICE D'ÉLECTROTHÉRAPIE DE LA CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES
(HOPITAL DES ENFANTS MALADES)

TROISIÈME ÉDITION

Un volume in-8 écu, avec 194 figures, cartonné. . **10 fr.**

Envoi franco contre mandat postal

VIGOT FRÈRES, Éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, PARIS

VI

LES

INTERVENTIONS MÉDICALES

D'URGENCE

Par le Dr G. LEMOINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LILLE

Un volume in-8 écu, cartonné. . . . . 6 fr.

VII

LES APPLICATIONS PRATIQUES

DU LABORATOIRE

A LA CLINIQUE

Principes — Techniques — Interprétations des résultats

PAR

Le Dr E. AGASSE-LAFONT

EX-CHEF DE LABORATOIRE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE
CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

DEUXIÈME ÉDITION

Un volume in-8 écu avec 290 figures dont 133 en couleurs et 4 planches en lithographie, cartonné......... 20 fr.

VIII

L'ŒIL ET LE PRATICIEN

Consultations ophtalmologiques et oculistique d'urgence à l'usage des médecins non spécialistes

PAR

Le Dr René ONFRAY
ANCIEN ASSISTANT D'OPHTALMOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

Le Dr Georges TESSIER
(DE BIARRITZ)

Un volume in-8 écu avec 131 figures dans le texte, dont 40 en couleurs, cartonné. . . . . 6 fr.

Envoi franco contre mandat postal.

VIGOT FRÈRES, Éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, PARIS

IX

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
OBSTÉTRICALES
DU PRATICIEN

PAR

P. RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

AVEC LA COLLABORATION DE

A. GROSSE
Professeur suppléant d'accouchements
à l'École de Médecine de Nantes.

V. LE LORIER
Ancien Chef de clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine de Paris.

Un volume in-8° cartonné. . . . . 8 fr.

X

MANUEL PRATIQUE
DE
DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE
ET DE
TECHNIQUE APPLIQUÉE
A LA DÉTERMINATION DES BACTÉRIES

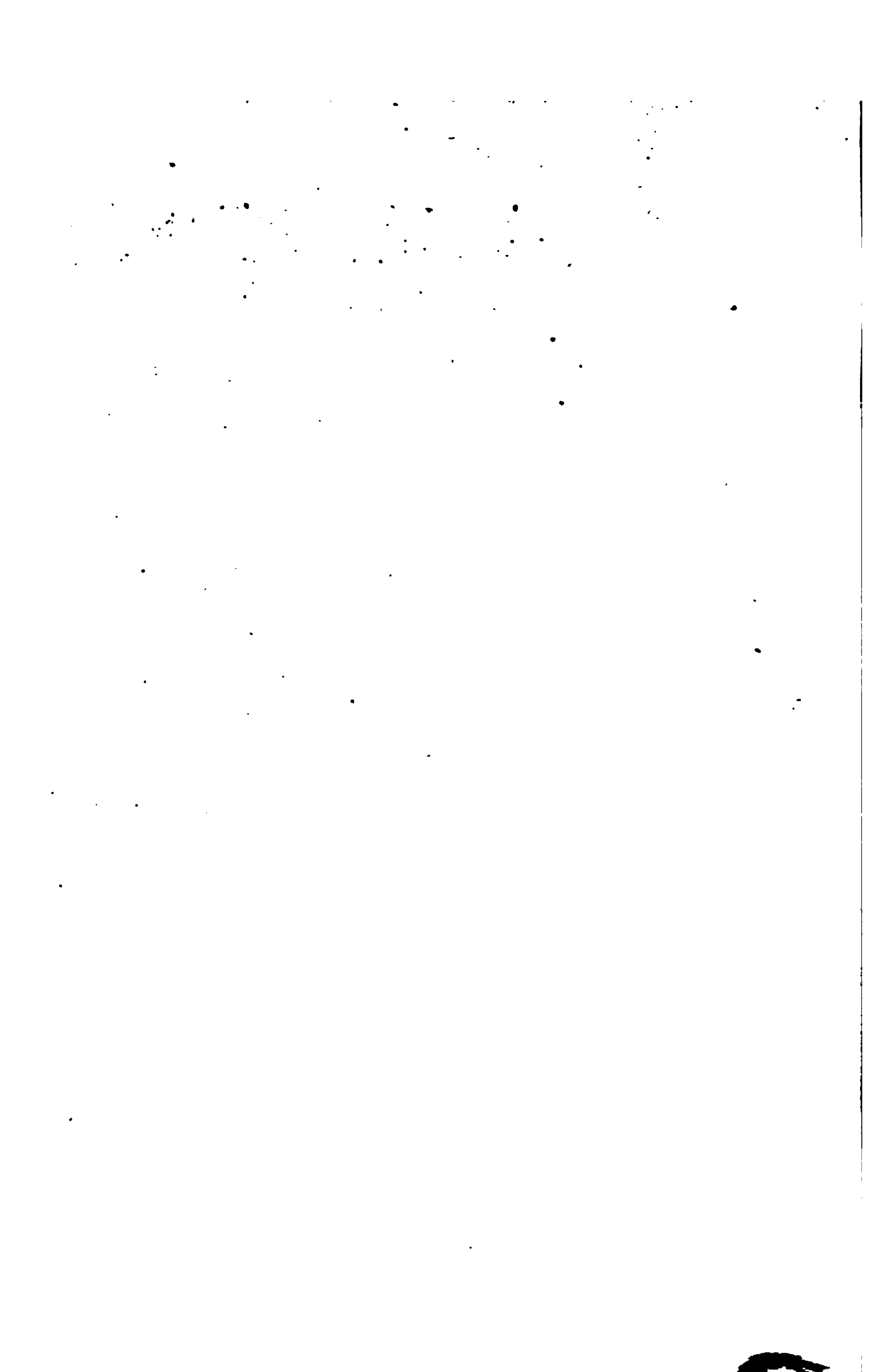
PAR

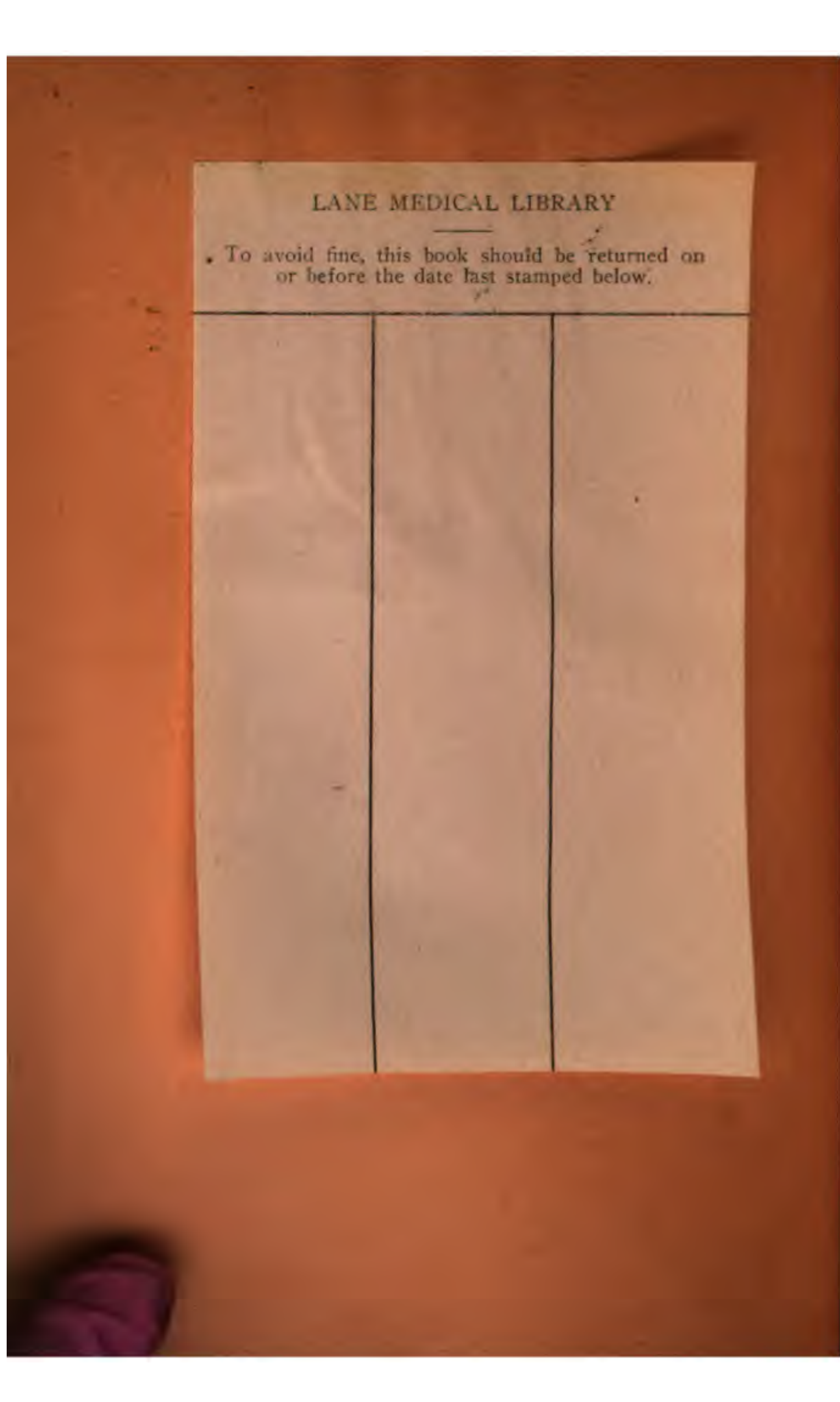
R. Le BLAYE
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur suppléant
Chef des travaux de bactériologie
à l'École de Médecine de Poitiers

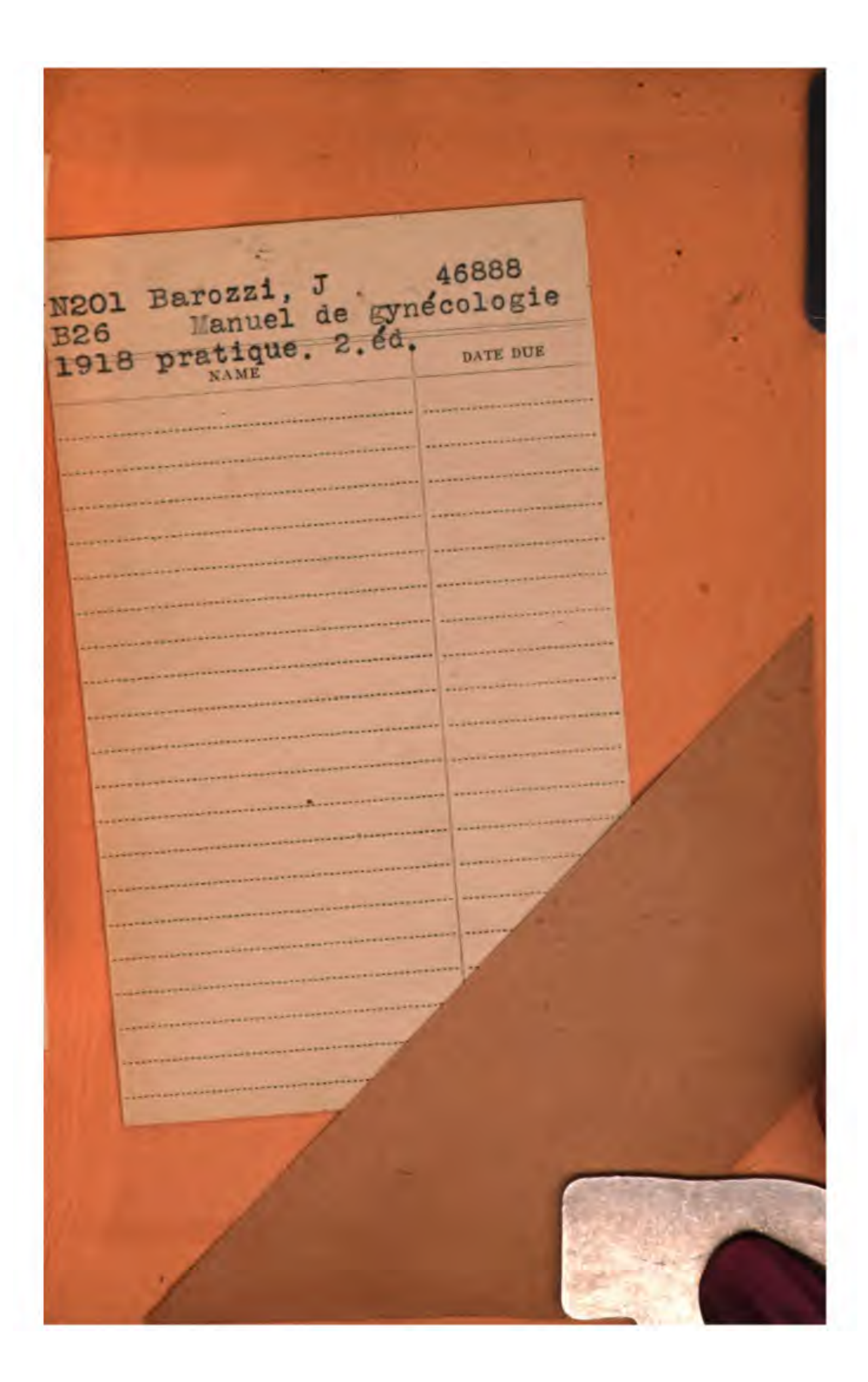
H. GUGGENHEIM
Ancien interne
des Hôpitaux de Paris

Un volume in-8° écu cartonné. . . . . 8 fr.

Envoi franco contre mandat postal




LANE MEDICAL LIBRARY
To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.



N201 Barozzi, J 46888
B26 Manuel de gynécologie
1918 pratique. 2.éd.
NAME
DATE DUE

